

N° 82

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

OUVERTS DANS LES VOIES BILIAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Janvier 1908

PAR

Marie-Paul-François-Andoche CARLE

Né au Moule (Guadeloupe), le 24 Septembre 1880

Examineurs de la Thèse :	{	MM. VILLAR	professeur. <i>Président</i>
		DENUCE	professeur.
		BÉGOUIN	agrége
		MONGOUR	agrége
			<i>Juges</i>

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1908



N° 82

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

OUVERTS DANS LES VOIES BILIAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Janvier 1908

PAR

Marie-Paul-François-Andoche CARLE

Né au Moule (Guadeloupe), le 24 Septembre 1880

Examinateurs de la Thèse :

{ MM. VILLAR
DENUCÉ
BÉGOIN
MONGOUR

professeur. *Président*
professeur.
agréé..... } *Juges*
agréé..... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

439, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1908



Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

MM.
Clinique interne..... { PICOT
PITRES
Clinique externe..... { DEMONS
LANELONGUE
Pathologie et thérapeu-
tique générales..... VERGELY
Thérapeutique..... ARNOZAN
Médecine opératoire... VILLAR
Clinique d'accouche-
ments..... LEFOUR
Anatomie pathologique COÏNE
Anatomie..... GENTES (chargé)
Anatomie générale et
histologie..... VIAULT
Physiologie..... JOLYET
Hygiène..... LAYET
Médecine légale..... L. LANDE
Physique biologique et
électricité médicale. BERGONIÉ

MM.
Chimie..... BLAREZ
Histoire naturelle.... GUILLAUD
Pharmacie..... DUPOUY
Matière médicale..... DE NABIAS
Médecine experimen-
tale..... FERRÉ
Clinique ophtalmologi-
que..... BADAL
Clinique chirurgicale
infantile et Orthopé-
die..... DENUCÉ
Clinique gynécologique BOURSIER
Clinique médicale des
maladies des enfants MOUSSOUS
Chimie biologique.... DENIGES
Physique pharmaceu-
tique..... SIGALAS
Pathologie exotique... LE DANTEC

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... MM. DUBREUILH
Clinique des maladies des voies urinaires..... POUSSON
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez..... MOURE
Clinique des maladies mentales..... RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. MONGOUR
CABANNES
VERGER

MM. ABADIE
CRUCHET

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe { MM. BÉGOIN
VENOT
GUYOT

Accouchements { MM. ANDÉRODIAS
PERY

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... { MM. GENTES
CAVALIÉ

Physiologie..... MM. GAUTRELET
Histoire naturelle { BEILLE
MANDOUL

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH

Pharmacie..... { MM. BARTHE
LABAT

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne..... MM. RONDOT
Accouchements..... PERY
Physiologie..... GAUTRELET
Ophtalmologie..... LAGRANGE
Clinique dentaire..... CAVALIÉ

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

AVANT-PROPOS

Au moment de commencer notre thèse, nous acceptons avec joie la pieuse tradition qui veut que l'on consacre quelques lignes aux bonnes années passées près de la Faculté.

Nous profitons de l'heure heureuse, pour réunir en tête de notre travail tous ceux qui durant cette époque ont contribué à notre instruction médicale. Nous remercions bien sincèrement nos maîtres qui nous ont prodigué le meilleur de leur savoir et nous ont facilité l'étude si complexe du malade.

Pendant le stage que nous avons fait chez MM. les Professeurs Arnozan, Bergonié, Boursier, Pousson et Lefour, nous avons acquis des renseignements utiles à l'exercice de notre profession.

A MM. les Professeurs Pitres et Demons doivent aller particulièrement nos remerciements; nous leur devons tout ce que nous savons en clinique. Nous n'oublierons pas leurs savantes leçons et nous les prions de croire à notre grande reconnaissance.

MM. les D^{rs} Abadie, Verger, Brandeis, Dumora et Matignon ont droit aussi à toute notre gratitude.

Nous avons accompli trois mois d'études supplémentaires en vue du diplôme colonial auprès de MM. les Professeurs Ferré et Le Dantec; nous pouvons les assurer de notre dévouement.

M. le Professeur Villar nous a inspiré notre sujet de thèse et veut bien en accepter la présidence; disons-lui tout l'honneur qu'il nous fait et combien nous lui en sommes reconnaissant.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Les kystes hydatiques ou échinocoques sont des « tumeurs liquides dues à un parasite du groupe des Cestodes, le *tenia echinococcus* ou hydatide, parvenu à la phase vésiculaire de son évolution. »

Le *tenia echinococcus*, le plus petit des Cestoïdes, mesure au plus 4 millimètres de long ; il compte quatre segments : l'antérieur ovalaire, garni de ventouses, présente à son extrémité une partie cylindro-conique, la tête portant une double couronne de crochets. L'anneau postérieur, aussi long que le reste de l'animal parvenu à son développement complet, renferme un utérus volumineux, bourré d'œufs. Ce cucurbitain se détache du parasite, tombe dans l'intestin de l'hôte ordinaire, généralement le chien, peut-être aussi le chat. Sous l'influence des sucs digestifs, les œufs sont mis en liberté et ensuite sont expulsés avec les matières fécales. Les œufs disposés sur les plantes potagères ou sur l'herbe des prairies peuvent être ingérés par l'homme ou par d'autres animaux, tels que le bœuf, le porc, l'âne et surtout le mouton. Le parasite futur a alors trouvé l'hôte intermédiaire nécessaire pour parcourir son étape vésiculaire et nous indiquerons en passant son évolution chez le nouvel hôte.

Chez l'animal, comme chez l'homme, les œufs, en contact des sucs digestifs perdent leur membrane et donnent naissance à un embryon, « petite masse gélatineuse, inarticulée, avec une paroi anhiste, présentant deux crochets dirigés en avant et quatre latéraux, dirigés perpendiculairement aux premiers ». C'est

l'embryon hexacanthé. Cet embryon arrive généralement au foie, s'y fixe et devient kyste hydatique : nous chercherons plus loin quelles sont les voies qu'il suit pour pénétrer les différents organes. « Le traumatisme agit soit en commandant la localisation, soit en imprimant une impulsion nouvelle à l'évolution du kyste préexistant (1) ».

Pour Gilbert et Lereboullet (2), les kystes hydatiques se développeraient le plus souvent chez les sujets prédisposés par la cholémie familiale, il existerait un terrain hydatique.

Arrivé au sein du tissu hépatique, l'embryon perd ses crochets et s'entoure d'une double membrane : l'une externe ou cuticule, épaisse, formée de lamelles concentriques s'emboitant les unes les autres ; la deuxième interne, mince et plasmodiale, c'est la membrane germinative ou fertile qui donnera naissance aux scolex, aux capsules proligères et aux vésicules filles ou hydatides. La tumeur renferme un liquide clair contenant des sels minéraux et des substances toxiques mal connues.

Devant cet envahissement progressif et par suite de la compression excentrique exercée par le kyste, le foie subit une atrophie locale et donne au parasite une capsule fibreuse plus ou moins épaisse, suivant le volume et l'âge de la tumeur.

Souvent l'on constate dans différents organes des kystes d'âges différents ; dans ces cas, la localisation hépatique est presque la règle ; de plus, c'est souvent dans cet organe que l'on trouve les hydatides les plus développées. Cette différence de développement a donné lieu à deux interprétations. Pour les classiques (Davaine), ces kystes multiples seraient dus à la libération plus ou moins tardive des embryons ; la voie suivie par l'hexacanthé peut être aussi plus ou moins longue et le développement de certains kystes se trouve de ce fait retardé. On peut encore supposer que ces différentes formations seraient le résultat d'infections répétées de l'organisme par les œufs d'échinocoques ingérés à des époques différentes.

(1) MONGOUR, Précis des maladies du foie, 1903, p. 394.

(2) Société de biologie, 1903, t. I, p. 571.

Enfin, il est démontré (1) que le scolex, la vésicule proligère, transplantés artificiellement dans le péritoine pouvaient se transformer en kyste; l'embryon hexacanthé n'est donc pas absolument nécessaire à l'éclosion du kyste et l'on sait que l'échinococcose secondaire, véritable « hérésie zoologique », est pourtant réelle. Nous admettons que ces tumeurs hydatiques multiples relèvent le plus souvent de cette échinococcose secondaire et nous les expliquerons par une rupture d'un kyste antérieur, rupture qui s'est faite sans éveiller l'attention du malade et qui a répandu dans l'organisme, dans le péritoine surtout, les germes de la tumeur.

Nous admettons bien que l'organisme puisse subir des infections successives; mais ces cas doivent être rares.

Lorsque la période vésiculaire se passe chez l'homme, l'hydatide ne va pas plus loin dans son évolution; « le parasite est destiné à mourir vierge ». Mais il n'en est pas de même quand l'hôte intermédiaire est un animal qui sera tôt ou tard sacrifié et ses viscères seront mangés par des chiens, dans l'intestin desquels le ténia passera à l'état adulte et « pourra continuer sa dangereuse existence ».

« L'homme ne contribue pas à la multiplication et à la propagation des échinocoques, mais sa disposition constante à la maladie fait qu'il est pris dans le cycle d'infection qui existe entre le chien et le mouton » (Murchison).

L'évolution du kyste peut se faire de différentes façons: tantôt la mort du parasite est due à la compression, soit par épaissement de la paroi et sa transformation calcaire, soit, mécanisme bien étudié par Davaine, par le dépôt d'une substance sébacée entre la poche et la membrane hydatique, dépôt qui augmente graduellement d'épaisseur et ne tarde pas à diminuer d'autant la capacité de la tumeur, soit enfin par le développement considérable des vésicules secondaires alors que la paroi fibreuse ne se dilate pas en conséquence.

Mais, à côté de ces formes d'involution où le parasite subit

(1) Dévé, Thèse de Paris 1904.

une «nécrose aseptique», les kystes hydatiques peuvent suppurar ou se rompre dans différents organes; fréquemment dans la plèvre, les poumons, l'estomac, l'intestin, le péritoine et les voies biliaires; plus rarement ils s'ouvrent dans le péricarde, les trompes, les voies urinaires, la veine porte, la veine cave inférieure et à travers la paroi abdominale.

Nous étudierons l'une de ces complications: l'ouverture et l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

« Le passage des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires est tout simplement leur passage d'une des parties de la glande dans une autre de ses parties » (1).

Il faut pourtant distinguer deux cas. Dans un premier cas, il y a simplement pénétration de la bile dans les kystes ; dans le deuxième cas, il y a véritablement rupture du kyste dans les voies biliaires principales. En effet, dans les cas les plus fréquents et d'observation banale, la communication s'établit avec les canalicules biliaires périkytiques, dont le calibre ne se prêterait même pas à la pénétration des plus petites vésicules ; ce ne serait point là une véritable complication si, de la lumière des vaisseaux rupturés, la bile sortait aseptique ; malheureusement, souvent infectée, elle apporte dans la poche kystique les microbes qui lui sont venus en grande partie de l'intestin. Ces germes, ensemencés naturellement dans le liquide hydatique, trouvent un excellent milieu à leur développement et ne tardent pas à amener la suppuration du kyste.

La rupture brusque d'un kyste non infecté dans un des principaux canaux biliaires est rare, nous pouvons citer un cas rapporté dans une observation de Gouraud et Rathery, dans laquelle l'ouverture se produisit au niveau de la branche gauche du canal hépatique et provoqua la mort subite du malade, au

(1) CADET DE GASSICOURT, Thèse de Paris 1836, p. 32.

milieu d'accidents dyspnéiques qu'on a attribués à l'intoxication hydatique (Obs. VI).

Aussi, pour expliquer la rupture des kystes dans les principales voies de la bile, nous pensons qu'il y a le plus souvent rupture des canalicules périkyistiques; cette rupture, relevant presque toujours de la périkyстите suppurative, amène ainsi l'infection de la tumeur et prépare son ouverture dans un canal de premier ordre. La rupture des canalicules périkyistiques, l'infection de la poche et son ouverture ultérieure dans les grandes voies d'excrétion de la bile ne sont souvent que les différents stades d'un même processus.

Nous devons nous demander s'il y a toujours rupture des canaux biliaires ou, en d'autres termes, si une vésicule hydatique peut se développer à l'intérieur de ces canaux.

Il nous est utile ici, avant d'émettre une opinion à ce sujet, d'exposer succinctement les différentes hypothèses qu'on a pu trouver pour expliquer la pénétration de l'embryon à travers les tissus. Une fois libéré de sa coque membraneuse, l'embryon, devenu mobile, ne reste pas dans le conduit intestinal et il lui faut chercher un endroit propice à son évolution vésiculaire. Quatre voies lui sont ouvertes : le système sanguin, le système lymphatique, la voie directe et enfin la voie du cholédoque.

Le plus souvent, l'embryon, au moyen de ses crochets, s'accroche à la muqueuse intestinale, la perfore et rencontre le capillaire sanguin qui le conduira, par l'intermédiaire du système porte, dans le parenchyme hépatique. Cette hypothèse, admise avec raison par tous les auteurs, explique du coup l'extrême fréquence des kystes hydatiques du foie et aussi leur localisation dans le lobe droit : on sait, en effet, qu'il existe un foie intestinal et un foie rénal dans la glande hépatique et que c'est le lobe droit qui reçoit le sang venu de l'intestin par les deux mésentériques (1).

A côté de cette voie principale, n'y en aurait-il pas d'autres moins importantes?

(1) SÉRÉGE, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1902, p. 344-343.

On a pensé que le parasite pouvait cheminer directement par ses propres moyens dans les diverses parties de l'organisme. Il semble que le travail doit être bien long; de plus, si on admettait cette hypothèse, on s'expliquerait difficilement la localisation hépatique si fréquente et la rareté relative des kystes primitifs des organes abdominaux qui ne sont pas plus loin de la barrière intestinale.

« On peut admettre encore la pénétration dans les chylifères et le retour au foie, par le long trajet de la circulation générale, après passage à travers le poumon; c'est évidemment ainsi que les choses se passent lorsque l'embryon se fixe dans les os, dans les reins » (1).

Enfin, reste la voie du cholédoque, celle qui nous intéresse particulièrement. Ce serait là le chemin le plus direct; l'embryon trouverait au fond de l'ampoule de Vater un canal qui le conduirait aussitôt dans la glande hépatique.

Cette hypothèse, qui semble très admissible, a été rejetée par les classiques et en particulier par Davaine, Frerichs et Rendu. Ils n'admettent point qu'une hydatide puisse se développer dans un des canaux biliaires, car pour eux :

1° La bile est toxique pour les échinocoques;

2° Ils n'ont jamais vu de vésicules hydatiques développées dans une cavité muqueuse.

3° « L'hydatide développée dans la lumière d'un conduit biliaire serait nécessairement chassée dans l'intestin par la bile qui s'accumule derrière elle. »

La première objection n'a pas la valeur qu'on lui accordait : « Assurément, si la bile pénétrait non seulement dans la tumeur hydatique mais encore dans la cavité même de la vésicule qui y est contenue, le parasite serait frappé de mort... Le fait le plus important, c'est la rupture d'un animal qui doit être intact pour continuer son existence (2).

(1) SCHWARTZ, Chirurgie du foie, 1901, p. 291.

(2) BERTHAUT, Thèse de Paris 1883, p. 17.

Assez souvent (1), on a trouvé des hydatides transparentes dans des poches kystiques depuis longtemps envahies par la bile et, de plus, dans les cas de cholépéritoine hydatique, les germes ne continuent pas moins leur développement, malgré la présence prolongée de l'épanchement bilieux dans la séreuse (2). De même l'expérimentation a montré que les scolex, éléments relativement délicats, peuvent séjourner quelque temps dans la bile et poursuivre ultérieurement leur évolution vésiculaire (3).

Le deuxième argument n'est pas exact : on a pu déterminer des kystes du poumon chez les animaux par inoculation de sable échinococcique dans la cavité muqueuse trachéo-bronchique (4). Récemment, Calvert a rapporté une observation humaine dans laquelle il a pu vérifier que des kystes secondaires du poumon avaient une origine bronchique (5).

Dans le cas où la paroi biliaire formerait l'enveloppe du kyste, « on aurait la preuve de l'origine biliaire, si on trouvait sur la face interne de la poche fibreuse des vestiges de la muqueuse du petit rameau biliaire » (6). Or nous rapportons plusieurs observations dans lesquelles la tumeur hydatique semble bien reconnaître cette évolution. En effet, dans deux de ces observations, MM. Halipré et Dévé ont pu constater sur la paroi du kyste des vestiges d'épithélium biliaire (Obs. I et II). Nous admettons que les hexacanthes puissent emprunter la voie du cholédoque et subir dans les canaux biliaires leur évolution kystique ; mais nous nous hâtons de dire que ce sont là des cas pour ainsi dire exceptionnels.

Dans ces cas, le kyste est en rapport direct avec la lumière du vaisseau biliaire et la vésicule mère n'aura qu'à se déchirer pour que le contenu de l'hydatide s'engage dans le canal excréteur. Quand, au contraire, la tumeur est développée en

1. DAVAINÉ, *Traité des entozoaires*, etc., p. 481.

(2) DÉVÉ, *Revue de chirurgie*, 10 juillet 1902.

(3) DÉVÉ, *Société de Biologie*, 17 janvier 1903.

(4) DÉVÉ, *Société de Biologie*, 16 juillet 1904.

(5) CALVERT, *St Bartholomew's Reports*, 1903, p. 207.

(6) BERTHAUT, *Thèse de Paris* 1883, p. 17.

plein parenchyme hépatique, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, la communication ne pourra s'établir qu'après rupture de la paroi du canal. Généralement, la rupture des voies biliaires est précédée de l'infection du kyste, survenue à l'occasion d'une péri-kystite suppurative et de l'ouverture dans la tumeur de petits canalicules biliaires qui y déversent une bile septique. La vésicule mère se rupture, le liquide hydatique gagne l'intestin par la voie hépatico-cholédocienne. En même temps, les vésicules filles s'engagent les unes après les autres à des intervalles plus ou moins rapprochés; enfin la vésicule mère, vidée de son contenu, se recroqueville, se plisse, se fragmente et suit à son tour la voie que lui ont préparée les vésicules filles. Le foie accouche de son kyste. Il y a un temps d'accommodation pendant lequel les vésicules, trop volumineuses, s'allongent, subissent une sorte de modelage analogue à celui du globule arrivant dans un capillaire trop étroit. De leur côté aussi, les canaux biliaires aident l'expulsion; ils se laissent graduellement dilater; puis, aussitôt après le passage du bouchon parasitaire, reviennent sur eux, rétrécissent leur lumière. Les vésicules cheminent ainsi doucement dans les voies biliaires, poussées par la bile qui s'est accumulée en arrière. Finalement, ces débris hydatiques arrivent dans le duodénum et sont évacués avec les fèces. Pendant ce temps, la poche kystique se rétracte et s'oblitére. Lorsque l'élimination est complète, la guérison sera définitive. Malheureusement, les choses ne se passent pas toujours ainsi: le bouchon hydatique devient le plus souvent cause d'accidents les plus graves, si par une intervention prompte on ne vient au secours du foie qui ne peut plus excréter la bile.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le kyste en se développant dans le tissu hépatique refoule graduellement la substance glandulaire qui, dans un premier stade de développement de la vésicule hydatique, réagit contre l'envahissement parasitaire. Ces phénomènes réactionnels péri-kystiques se traduisent notamment par la présence du glycogène dans la région prévésiculaire, par l'existence de cellules géantes, une infiltration leucocytaire et une éosinophilie locale au voisinage du parasite (1).

Devant l'accroissement incessant de la vésicule hydatique, la force de défense s'épuise et à ce phénomène réactionnel du début succède une sorte d'atrophie locale : l'élément noble de l'organe, la cellule hépatique, de plus en plus pressé finit par disparaître ; le tissu conjonctif persiste, envahit les espaces qu'occupaient les cellules et subit la transformation scléreuse. Rarement ces lésions déterminent de l'hépatite aiguë ou des abcès ; le plus souvent il n'existe qu'une hépatite scléreuse plus ou moins étendue, se développant tout autour de la vésicule hydatique. Les vaisseaux sanguins comprimés ne tardent pas à s'oblitérer, après avoir présenté des lésions d'endartérite et d'endo-phlébite ; seuls les canalicules biliaires, tapissés par un épithélium plus résistant, conservent un certain temps leur lumière. Avec la croissance progressive de la tumeur, ces der-

(1) DÉVÉ, Kystes hydatiques du foie, 1903, p. 23.

SABRAZÈS, Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 janvier 1903.

niers mêmes finissent par se fermer, et s'ils sont d'une certaine importance, la bile s'accumule en arrière de l'obstacle, provoquant la dilatation de tous les petits canaux qui s'y rendent.

L'atrophie des cellules hépatiques est plus ou moins étendue, formant ainsi au parasite une sorte de capsule externe qui se continue en dehors avec le tissu hépatique sain, sans ligne de démarcation. Cette portion périkyستique est essentiellement formée de tissu fibreux, d'une consistance plus ou moins ferme, et varie d'épaisseur avec le volume et l'ancienneté de la tumeur.

Généralement, les kystes hydatiques même volumineux sont assez bien tolérés par le foie ; on ne note pas les symptômes d'insuffisance hépatique ; l'organe compense sa lésion et à la sclérose périkyستique il répond par une hypertrophie plus ou moins considérable de ses parties saines.

Nous avons dit plus haut quelles étaient les causes de la rupture des kystes dans les voies biliaires, étudions maintenant par quel processus se fait cette communication :

1° Le processus ulcératif peut partir soit du kyste, soit du canal biliaire ou des deux à la fois. Ces lésions sont presque toujours d'ordre inflammatoire : la lésion biliaire peut avoir pour cause première la présence d'un calcul déterminant une infection à ce niveau ; de même les lésions kystiques seront sous la dépendance de la périkyستite suppurative ;

2° Il y aura, entre le kyste et le canal, formation d'un abcès et le travail ulcératif se faisant dans les deux directions, l'abcès s'ouvrira d'une part dans la tumeur et de l'autre dans le vaisseau ;

3° Processus bien décrit par Dévé : un kyste aseptique se rompt dans un organe thoracique ou abdominal, « son évacuation amène, avec le plissement en accordéon des parois de la poche périkyستique, la rupture des voies biliaires dans la poche et, par suite, la formation d'une fistule kysto-biliaire ». C'est ce qui se produit souvent dans les cas où les kystes sont traités par la ponction aspiratrice et c'est la présence de la bile septique qui explique pourquoi la tumeur suppure souvent,

malgré toutes les précautions aseptiques que l'on a prises lors de la paracentèse ;

4° Enfin puisque nous admettons le développement des hydatides dans les voies biliaires, la communication est déjà établie, la vésicule mère n'a qu'à s'ouvrir dans la lumière du vaisseau.

Le kyste peut s'ouvrir dans n'importe quel point de l'arbre biliaire ; mais en mettant à part les communications avec les canalicules, ce sont : la vésicule, les canaux cholédoque et hépatique surtout qui sont le plus exposés (1).

La communication peut se faire par un simple orifice si le canal se trouve voisin du kyste ; cet orifice est plus ou moins régulier et a des dimensions variables. Dans d'autres cas, il y a un véritable canal taillé dans le parenchyme glandulaire, reliant la poche kystique au conduit biliaire.

Généralement, la face interne du kyste est irrégulière, creusée de dépressions alternant avec des saillies, recouverte d'une couche de matière biliaire plus ou moins épaisse. Les dépressions correspondent à des conduits biliaires ou quelquefois à des veinules qui se sont ouvertes dans la paroi du kyste. D'autres fois, cette face interne a un aspect réticulé, ou bien la cavité est encore traversée de brides fibreuses qui sont les vestiges des canaux glandulaires (2).

Quand le contenu de la tumeur n'a pas encore pénétré dans le conduit biliaire, on trouve à l'intérieur du kyste des vésicules plus ou moins flétries, parfois intactes, au milieu d'un liquide purulent, teinté en jaune verdâtre par la bile. Quelquefois, on trouve des vésicules déjà engagées dans le vaisseau biliaire ; et enfin souvent tout le contenu kystique a passé dans l'arbre biliaire qui est plus ou moins encombré, tandis que la poche n'est plus remplie que par du liquide purulent (3).

(1) Sur 21 cas de kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires principales et contrôlés par l'autopsie ou opération on relève :

9 cas d'ouverture de kyste dans le canal hépatique ;

5 cas d'ouverture de kyste dans le canal cholédoque ;

1 cas d'ouverture de kyste dans le canal cystique ;

6 cas d'ouverture de kyste dans la vésicule biliaire.

(2) BERTHAUT, Thèse de Paris, p. 29.

(3) BERTHAUT, Thèse de Paris, p. 29.

Malheureusement, l'élimination de toute cette masse hydatique n'est pas toujours facile. Les vésicules filles ont préparé la voie; elles se sont engagées dans le canal biliaire en accommodant leurs dimensions à celles de ce canal qui à son tour se laisse dilater pour évacuer plus facilement son contenu; mais il y a un moment où la dilatation est à son maximum et la membrane vésiculaire la plus volumineuse, la vésicule mère, rompue et flétrie ne peut plus progresser. Elle s'arrête soit au niveau du cholédoque ou dans le canal hépatique. La bile s'accumule en deçà de l'obstacle qui progresse difficilement. Aussi la dilatation de toute la portion biliaire qui se trouve avant la masse hydatique est la conséquence de la migration des vésicules; elle est encore accrue par la pression croissante de la bile accumulée et par la contraction des conduits et de la poche kystique elle-même.

Ce sont là des phénomènes absolument superposables à ceux de la lithias biliaire et nous verrons plus tard que la symptomatologie de ces deux affections : migration des vésicules hydatiques et migration de calculs dans l'arbre biliaire, a beaucoup de points communs.

L'oblitération des canaux excréteurs de la bile amène fatalement des complications qui nous permettront plus loin d'établir notre pronostic. A la rétention de la bile fait suite la dilatation des canaux qui la contiennent et l'on comprend bien que cette dilatation sera totale si l'obstacle siège à peu de distance de l'ampoule de Vater, elle ne sera au contraire que partielle si le bouchon hydatique s'est arrêté plus haut; elle sera aussi d'autant plus considérable que l'obstruction persistera plus longtemps. Cette durée peut avoir une importance capitale, car si au bout d'un temps assez court les débris hydatiques étaient expulsés dans l'intestin, la guérison arriverait vite; mais il peut ne pas en être toujours ainsi, car si l'oblitération dure trop longtemps, la dilatation de l'arbre biliaire provoquera des désordres qui ne cesseront pas une fois l'obstacle levé. De plus, la bile a eu le temps d'imprégner tout l'organisme, qui subit de ce fait une véritable intoxication.

Si la membrane hydatique est définitivement emprisonnée dans le conduit, la pression biliaire intra-vasculaire ira toujours croissant et, après avoir dilaté au maximum les canaux qui l'endiguent, cette bile septique se répandra dans les organes abdominaux, amenant ainsi des complications fatales. Ou bien si la poche kystique est superficielle, c'est elle qui pourra se rompre et se déverser dans le thorax ou l'abdomen.

Enfin, après une période plus ou moins longue, et grâce à l'infection concomitante, il se déclare fréquemment une angiocholite aiguë. Les conduits biliaires enflammés et présentant des dilatations ampullaires sont remplis d'un liquide purulent, jaunâtre, donnant ainsi l'illusion d'abcès nombreux. On y trouve quelquefois des hydatides en voie de régression. La vésicule biliaire peut, elle-même, prendre part au processus inflammatoire. Les cellules hépatiques comprimées subissent la dégénérescence graisseuse. « Le foie, mou et volumineux, présente à sa surface des taches blanc jaunâtre correspondant à des petits foyers purulents », colorés par la bile. « Ces abcès peuvent exister en nombre infini; ils présentent généralement la dimension d'un grain de mil ou de chènevis, constituant ainsi des abcès miliaires disséminés » dont le pus est collecté à l'intérieur des canalicules biliaires (1). Aussi ces canaux peuvent s'ulcérer, se rompre dans le tissu hépatique et donner lieu à de véritables apoplexies biliaires. Cette angiocholite aiguë, plus fréquente au cours d'obstruction des voies biliaires par des débris hydatiques que dans l'obstruction de ces canaux par un calcul, peut avoir pour cause la présence du liquide hydatique, excellent milieu de culture et exerçant une action nocive sur les parois des vaisseaux.

(1) MONGOUR, Précis des maladies du foie, 1903, p. 281-282.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

« L'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires est accompagnée de phénomènes qui donnent à la maladie une physionomie particulière. »

En interrogeant le sujet sur les débuts de sa maladie, certains phénomènes plus ou moins vagues permettent d'orienter le diagnostic. A cette période de début, à la « phase de germination profonde du parasite », on apprend que le malade a eu des douleurs à l'épaule droite, quelques poussées d'urticaire, un dégoût prononcé pour les graisses et des symptômes de pleurésie. Tous ces petits signes décrits par Dieulafoy peuvent avoir une certaine valeur quand on les trouve réunis. En outre, le malade a pu éprouver une certaine pesanteur dans l'hypocondre droit, il a présenté quelques troubles digestifs, a eu des hémorragies plus ou moins abondantes; il se plaint de palpitations, d'étouffement.

Bientôt, des symptômes plus décisifs s'affirmeront. Le ventre deviendra plus ou moins volumineux, la palpation fera connaître qu'il existe dans l'hypocondre, sous le rebord des fausses côtes, une tumeur indolore, globuleuse, lisse, suivant les mouvements du foie dans l'inspiration et l'expiration. Les dernières côtes peuvent être soulevées, déjetées en dehors, les espaces intercostaux élargis. Cette tumeur est le plus souvent rénitente, élastique (1).

(1) MONGOUR, Précis des maladies du foie,

La percussion de cette tumeur donne quelquefois un renseignement qui, sans être un signe pathognomonique, a pourtant une grande valeur, c'est le frémissement hydatique de Blatin et Briançon. On peut encore noter des phénomènes négatifs : pas d'ascite, pas d'hypertrophie de la rate, pas de développement veineux sous-cutané, pas d'œdème des membres inférieurs. On peut trouver aussi quelques symptômes fonctionnels : étouffements, angoisse, douleur. Mais il n'en est pas toujours ainsi, la plupart de ces signes du début peuvent manquer ou bien ils ont été si légers qu'ils n'ont pas attiré l'attention du malade. La tumeur hydatique elle-même peut faire défaut dans les cas où elle se développe en arrière du foie ou en plein parenchyme hépatique. Le kyste évolue sans signes cliniques bien nets, de sorte que dans ces cas on a soupçonné tout autre chose qu'un kyste hydatique, et même quelquefois l'état général du malade, très satisfaisant, n'a même pas permis de penser qu'il fût atteint d'une affection quelconque. Aussi, quand le kyste s'ouvre dans les voies biliaires, on voit apparaître des symptômes plus ou moins brusques, plus ou moins intenses et qui se rapportent bien à ce que nous savons de la migration des hydatides dans les voies biliaires.

Une fois l'ouverture faite, le contenu liquide du kyste peut être seul évacué dans l'intestin par l'intermédiaire des canaux biliaires, donnant lieu le plus souvent à une diarrhée intense, en même temps qu'on note l'affaissement de la tumeur hépatique. Dans un cas exceptionnel, Gouraud et Rathery rapporte l'observation d'un malade, mort en moins d'une demi-heure au milieu d'accidents dyspnéiques dus, sans doute, à l'intoxication hydatique.

Souvent, en même temps que le liquide, les vésicules pénètrent dans le conduit ouvert et leur migration donne lieu ordinairement à deux symptômes principaux : des crises de coliques hépatiques et de l'ictère. Quelquefois ces signes manquent et les vésicules, petites et souples, traversent l'arbre biliaire sans occasionner aucun trouble.

La colique hépatique, due à l'élimination de vésicules hépa-

tiques, a à peu près le même aspect clinique que celle qui relève de la migration d'un calcul. Il y a des symptômes prémonitoires qui peuvent souvent faire défaut et n'ont de ce fait aucune valeur. Ce sont des malaises, des nausées, un frisson coïncidant avec une douleur généralement très vive, siégeant dans l'abdomen, exagérée par la pression et s'irradiant vers l'aîne et les membres inférieurs, quelquefois dans l'épaule droite. La colique arrive par crises plus ou moins rapprochées et de durée variable. Les douleurs peuvent avoir des caractères différents ; elles vont, suivant les cas, d'une acuité extrême à une simple sensation de pesanteur tantôt dans l'hypocondre droit, tantôt dans la région épigastrique. Le plus souvent elles se montrent par crises paroxystiques ; d'autres fois elles sont continues, sans aucune rémission. Tantôt le malade éprouve une sensation de rongement dans l'hypocondre droit, un autre ressentira à cette même place une sorte de déchirement ou de torsion. Enfin ces coliques peuvent être si fortes qu'elles s'accompagnent de pâleur de la face, de lipothymie, de syncope ou de convulsions épileptiformes.

L'ictère, généralement, se montre à la suite de ces coliques, mais à une période plus ou moins éloignée, apparaissant immédiatement après la crise ou ne survenant que deux, trois et même quatre jours après ; il est plus ou moins foncé, disparaît ou persiste suivant que le canal hépatico-cholédoque s'est débarrassé ou non de son bouchon parasitaire. Cet ictère par rétention est non seulement décelé par la coloration des téguments, des conjonctives et des muqueuses, mais encore par tout le cortège ictérique. Les urines, de quantité variable, sont colorées en brun acajou ; les réactions de Gmelin et de Pettenkofer y mettent en évidence la présence des acides et pigments biliaires normaux. C'est là quelquefois le seul signe d'un ictère fugace qui serait passé inaperçu si l'on n'avait considéré que la coloration tégumentaire. Toutes les sécrétions physiologiques ou pathologiques peuvent prendre une teinte jaune ; les téguments, secs, couverts d'une sorte de matière pulvérulente, sont le siège quelquefois de démangeaisons insupportables. Les fèces

sont décolorées si la rétention biliaire est complète ; de plus, l'intestin ne recevant plus de bile, ses contractions péristaltiques sont diminuées, il se fait une coprostase qui pourrait faire croire à un engouement intestinal. La température s'abaisse et le pouls est ralenti.

Les crises ictériques surviennent à des époques plus ou moins éloignées, suivant la colique hépatique et correspondant à l'engorgement de nouvelles vésicules hydatiques. Dans l'intervalle, le cours de la bile étant rétabli, l'intestin vide son contenu, il y a une véritable débâcle, entraînant les membranes hydatiques qui avaient provoqué l'obstruction biliaire. Très rarement, le kyste, surtout de petit volume, se vide d'un coup dans les voies biliaires et, après deux ou trois crises de coliques, la route est déblayée, le malade guérit. Le plus souvent, les vésicules mettent un temps quelquefois très long à s'éliminer, il se produit des crises innombrables de coliques suivies d'ictère et fréquemment un de ces débris membraneux, trop gros pour la lumière du canal, se fixe en un point de l'arbre biliaire et détermine ainsi une obstruction permanente. Alors l'organe se défend, la bile s'accumule derrière l'obstacle, les canaux plus ou moins élargis reviennent sur eux-mêmes, tout cherche à éliminer l'obstacle qui ne peut plus avancer, il se produit des crises répétées et fréquentes de coliques, l'ictère est définitif, augmente tous les jours d'intensité. Les vaisseaux biliaires sont dilatés, le foie volumineux, la fièvre s'allume et si la bile n'arrive pas à s'évacuer promptement, la glande hépatique ne tarde pas à présenter des troubles profonds de ses fonctions.

On a signalé encore des hémorragies diverses : épistaxis, métrorragies, hématomésès, taches pétéchiales. A la période finale, lorsqu'il n'y a pas eu d'autres complications intercurrentes, le malade, amaigri, présentant de l'anasarque plus ou moins prononcé, meurt épuisé par une diarrhée abondante et fétide et par des vomissements fécaloïdes.

D'autres fois, avec l'angiocholite suppurée qui survient après une époque relativement courte, l'état général devient franchement mauvais, il se produit une véritable infection généralisée

avec fièvre élevée, état typhoïde ou délire, puis le malade meurt dans le coma.

Il peut survenir d'autres complications tout aussi graves : le kyste peut communiquer simultanément avec la veine porte ; il se produit alors des hémorragies fatales.

L'ouverture du kyste se fait aussi, mais rarement, dans la veine cave inférieure, qui emporte dans le cœur droit, puis dans les poumons, des morceaux d'hydatides imprégnés de bile septique ; ainsi se produisent des embolies provoquant une asphyxie foudroyante.

Les ruptures de kystes communiquant avec les voies biliaires, dans la séreuse péritonéale, déterminent souvent une péritonite localisée ou généralisée. De même, on peut voir se développer des pleurésies, des pneumonies gangréneuses, des péricardites à la suite d'ouverture dans ces différents organes.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la rupture des kystes hydatiques du foie et leur élimination par les voies biliaires peut offrir des difficultés variables, suivant que l'on se trouvera en présence d'un cortège symptomatique plus ou moins complet. Aussi, l'on peut diviser les cas en deux groupes :

1° Cas où la tumeur hydatique a été reconnue avant les complications biliaires : cas relativement faciles.

2° Cas où la tumeur hydatique a été méconnue : c'est dans cette catégorie que l'on rencontre le plus de difficulté pour assurer un diagnostic.

L'on comprend très bien, lorsque l'on se trouve en présence d'un malade présentant toute la séquelle symptomatique de cette complication kystique : tumeur hydatique reconnue antérieurement, affaissement subit de cette tumeur au cours d'une violente crise de colique hépatique, ictère consécutif et présence de membranes hydatiques dans les fèces, que l'on puisse affirmer un diagnostic. Mais lorsque l'un ou plusieurs de ces signes manquent, le diagnostic est hasardeux, sinon impossible.

Il y a sûrement quelques autres symptômes qui pourraient aider les cliniciens, mais ils sont fort variables et leur absence ne permet point de conclure à la non-existence d'un kyste hydatique du foie : une éosinophilie élevée est un bon signe de tumeur hydatique, mais elle n'existe pas toujours; l'urticaire peut manquer ou peut compliquer nombre d'affections.

Maintenant que nous avons exposé la difficulté que pourrait avoir le diagnostic, voyons comment, le cas échéant, on pourrait distinguer la tumeur kystique s'éliminant par les canaux biliaires des autres affections ayant quelques ressemblances symptomatologiques.

En premier lieu, on peut confondre la lithiasie biliaire avec l'hydatide rompue dans les conduits de la bile. Dans les deux affections, il y a coliques, ictère et quelquefois tumeur.

La tumeur kystique, lorsqu'elle est palpable, est une masse arrondie, lisse, rénitente, développée bien avant la première crise de coliques hépatiques, pouvant présenter le frémissement hydatique; elle s'affaisse brusquement au moment de la crise douloureuse. La tumeur, dans la lithiasie biliaire, est formée par la vésicule plus ou moins remplie de calculs; elle fuit sous la main qui palpe; de plus, elle apparaît à l'époque de la première crise douloureuse.

La crise de colique et l'ictère sont aussi des symptômes communs aux deux affections. D'après Quénu, il y aurait certaines nuances cliniques entre l'ictère et les accès douloureux survenant pendant la migration d'hydatides dans le canal hépatocolédoque et ces mêmes symptômes survenant au cours de la migration des calculs (1), différences cliniques qui permettraient peut-être quelquefois de reconnaître l'une et l'autre affection. Pour lui, il faudrait chercher la clef dans le mode de début des accidents. Le début est plus brusque et plus violent dans l'élimination de membranes hydatiques que dans la lithiasie biliaire, « qui le plus souvent est précédée de sensibilité à l'épigastre, de petites crises pseudo-gastralgiques, et il est rare que d'emblée on assiste à ces violentes crises allant jusqu'à la syncope ». De même, l'ictère n'est jamais aussi durable ni aussi intense après une première crise de coliques due à la migration d'un calcul. L'ictère, en effet, varie d'intensité, les crises douloureuses sont peu intenses, fréquentes, mais de courte durée; il y a de petites poussées fébriles.

(1) QUÉNU, Société de chirurgie, p. 1010.

Enfin, à côté de ces trois symptômes, le kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires en compte un quatrième qui n'est pas commun à la lithiasé : c'est la présence des hydatides dans les garde-robes. C'est aussi ces membranes, malheureusement absentes quelquefois, qui feront différencier un kyste s'évacuant par les voies biliaires d'un kyste comprimant les canaux biliaires, ainsi que cela arrive si souvent dans les cas de tumeur hydatique du lobe de Spiegel (1).

Le cancer de la vésicule montrera une vésicule formant une tumeur dure, quelquefois ramollie et renfermant assez souvent des calculs. Dans les matières fécales, on trouvera ces calculs, mais pas de membrane hydatique.

Les lombrics, en s'introduisant dans le cholédoque, peuvent occasionner des crises de coliques hépatiques et de l'ictère ; on n'aura qu'à rechercher la présence de ces parasites dans les selles.

Le cancer de la tête du pancréas ou du duodénum peut donner naissance au syndrome ictère. L'amaigrissement du malade, son affaiblissement, la cachexie cancéreuse ne tarderont à éclairer le diagnostic.

La cirrhose hypertrophique avec ictère présente une augmentation du foie avec quelques douleurs d'origine péritonéale qui pourraient simuler la colique hépatique. Mais les matières fécales restent colorées, alors que dans les cas de migration hydatique dans les voies biliaires, quand il n'y a pas de membranes hydatiques dans les selles, ces selles sont décolorées.

La colique saturnine se différenciera en fouillant les antécédents du malade et par la présence du liséré gingival.

(1) TUFFIER, *Semaine médicale*, 1900, p. 44.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

La rupture des kystes hydatiques du foie et leur élimination par les voies biliaires furent considérées par certains auteurs (Davaïne et Frerichs en particulier) comme un processus naturel de guérison. Tous, pourtant, admettent que les nombreuses lésions que peut déterminer la migration sont la source d'accidents sérieux. Nous pensons que dans ces cas d'évolution naturelle, le pronostic est excessivement grave, on pourrait presque dire fatal. Le plus grand nombre d'observations se rapportant à ce sujet ne sont, dit Quénu, que des relations d'autopsie. Nous avons lu 31 observations d'ouverture kystique dans les voies biliaires, et nous avons relevé 26 morts. Sur ces 31 cas, il y a eu 3 cas de guérison spontanée réelle (1), 1 cas douteux (2) et enfin 1 cas (3) où l'évacuation des hydatides fut préparée par des calculs qui se trouvaient dans la vésicule biliaire.

Si, d'un autre côté, nous considérons les cas traités, sur 21 interventions, il y a eu 16 guérisons et 5 décès. En consultant les observations où la mort a suivi l'opération, nous trouvons que dans un cas de Syers (Obs. XXII) on a seulement incisé la vésicule biliaire pour enlever quelques calculs qui y étaient

(1) LASÈGUE, *Arch. gén. de méd.*, 1873.

LENOIR et LEVEN, *Arch. gén. de méd.*, 1900.

ANT. CANELLAY-PEIROLÉ, *El Siglo medico*, 1903.

(2) DEBOVE et SOUPAULT.

(3) DAVAÏNE, *Des entozoaires*, p. 477.

renfermés, mais le kyste ne fut trouvé qu'à l'autopsie. Dans ce cas, au lieu de combattre la complication biliaire, on l'avait aggravée en enlevant les calculs vésiculaires qui favorisent l'expulsion des débris hydatiques. Dans un cas de Cavazzani (Obs. XXIII), la mort est due à une pneumonie. La malade de Terrier (Obs. XXIV) a été opérée trop tard; elle n'a pas pu supporter le choc. Aussi, si nous retranchons ces cas, on trouve 16 guérisons pour 2 décès. La mortalité est donc survenue dans 10,7 % des cas opérés; elle a atteint, au contraire, le chiffre lugubre de 83,9 % dans les cas évoluant naturellement. L'élimination des kystes rompus à travers l'arbre biliaire n'est donc point synonyme de guérison; c'est, au contraire, une complication très grave et qui a largement profité des bienfaits de la chirurgie aseptique.

Il est bien entendu que ces chiffres ne se rapportent qu'aux cas où le kyste s'est ouvert dans une des principales voies de la bile et où l'engagement des débris parasitaires a pu se produire.

Au contraire, dans les cas où la bile s'est introduite dans la poche par rupture des petits canalicules périkystiques, il est évident que le pronostic est bien moins sombre, mais il doit être réservé, car le danger résulte dans la cholérragie septique, amenant souvent l'infection du kyste et préparant sa rupture dans un canal biliaire plus important, dans un vaisseau sanguin, ou dans un autre organe.

Il ne faudrait pourtant pas croire que ce sont seulement les kystes suppurés qui s'ouvrent dans les voies biliaires, « ce serait entretenir une fausse sécurité chez les porteurs de kystes hydatiques jusqu'à là indemnes de tout accident ». Nous avons vu qu'exceptionnellement la rupture d'un kyste limpide dans les voies biliaires peut occasionner une mort presque subite et le cas est rapporté par Gouraud et Rathery (Obs. VI).

Le plus souvent il survient après les signes d'obstruction une angiocholite aiguë qui amène plus ou moins rapidement un dénouement fatal. Dans un cas de Troisier, la durée a été de vingt-huit jours; de seize jours dans l'observation de Butruille

et Vinache ; de vingt-quatre jours dans le cas de Sevestre ; de quarante-cinq jours chez deux malades de Millard ; de deux mois dans le cas de Berthaut. On voit que la durée est variable : elle doit dépendre de l'endroit où s'ouvre le kyste. Si la rupture se produit dans le canal hépatique ou cholédoque, si cette grande voie d'excrétion biliaire est obstruée par les membranes de l'hydatide, la rétention biliaire suivra de très près la rupture et les premiers symptômes douloureux. Au contraire, si le kyste s'ouvre dans la vésicule biliaire, les membranes parasitaires peuvent être retenues dans le canal cystique. Les douleurs sont précoces, mais il n'y a aucun obstacle à la libre circulation de la bile dans le canal hépatico-cholédoque, il n'y a point rétention. Dans ces conditions, à l'infection locale ne s'ajoutent point tous les désordres que peuvent provoquer la dilatation de l'arbre biliaire et la résorption de cette bile. C'est ce qui expliquerait un cas de Riedel où les douleurs hépatiques firent leur première apparition en 1883 et l'opération fut retardée jusqu'en 1888. Ce kyste, en effet, s'était ouvert dans la vésicule biliaire.

L'action des hydatides sur les voies biliaires est infiniment plus nocive et plus rapide que celle des calculs et il y aurait encore plus d'urgence que pour la lithiasé à intervenir d'une façon précoce.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

« Il n'y a pas, a dit justement Dévé, de traitement médical des kystes hydatiques du foie », à plus forte raison des kystes ouverts dans les voies biliaires. Il faut donc intervenir, et le chirurgien est seul capable de guérir sûrement le malade. Aussi, dans tous les cas de tumeur hydatique d'origine hépatique, on devrait, aussitôt le diagnostic posé, intervenir sans retard et instituer une sorte de traitement prophylactique des complications qui devront se produire tôt ou tard. Malheureusement, le malade, effrayé par cette perspective, ne consent à se faire opérer qu'à la dernière limite ; d'autres fois, le chirurgien, n'ayant pas tous les éléments du diagnostic, hésite devant une intervention qui ne serait pas utile. C'est ici que l'on pourrait penser à la ponction exploratrice. Pendant longtemps, cette ponction était la clef du diagnostic, on en faisait un véritable abus. Mais, peu à peu, l'on s'aperçut qu'elle ne tenait pas toutes ses promesses, on vit que c'était un guide infidèle et quelquefois le clinicien, après avoir pratiqué plusieurs ponctions blanches, abandonnait le diagnostic sagement posé qui, plus tard, se trouvait confirmé à l'autopsie. Mais, chose encore plus grave, on accusa la ponction d'être dangereuse et aveugle. Sans compter les accidents graves qu'elle pouvait déterminer du côté des vaisseaux, on publia nombre de cas où après cette opération si simple et si anodine en apparence, on vit survenir brusquement chez les malades les symptômes les plus alarmants et qu'i

amenaient quelquefois la mort. Enfin, depuis qu'on apprît que l'échinococcose secondaire était possible, on a pu se rendre compte à quel danger était exposé le péritoine. Aussi la plupart des chirurgiens renoncent à ce mode de contrôle.

Actuellement, grâce aux progrès de l'asepsie, lorsque l'on a de sérieuses raisons pour penser à l'existence d'un kyste hydatique du foie, il est bien préférable, pour assurer le diagnostic, de s'adresser à la laparotomie exploratrice et si, dans la suite, le diagnostic est confirmé, on continue l'opération, sinon on referme la plaie qui guérit rapidement par première intention.

Quels sont les procédés opératoires employés?

Actuellement, il y a trois grands procédés de traitement des kystes hydatiques du foie : la ponction, la marsupialisation et la réduction avec ou sans drainage.

La ponction peut être simplement évacuatrice ou suivie d'injection médicamenteuse. C'est là une méthode trop incertaine, qui ne met point à l'abri de l'échinococcose secondaire et qui, dans les cas où elle suivie d'injection médicamenteuse, peut amener des intoxications. Aussi, malgré sa simplicité, elle est avec raison de plus en plus délaissée.

La marsupialisation ou méthode Lindemann-Landau consiste, après la laparotomie, à inciser la paroi du kyste et à fixer les lèvres de l'incision kystique à la paroi abdominale. Certains, avant d'inciser le kyste, suturent la poche aux lèvres cutanées et ensuite ouvrent le kyste entre ces sutures. D'autres vident préalablement la poche, puis fixent, après une résection aussi étendue que possible de la paroi kystique, les lèvres de la tumeur à l'incision abdominale.

La méthode Lindemann-Landau présente des inconvénients nombreux : lenteur de la guérison, cholérragie secondaire ou primitive abondante, fistules biliaires intarissables, danger d'événtration et rarement hémorragie.

La méthode de réduction comprend deux procédés : la réduction poche ouverte, qui doit être abandonnée, car elle peut amener les pires complications : péritonite localisée ou généralisée, ensemencement du péritoine par les germes échinococciques qui auraient pu être oubliés dans la poche,

Aussi, actuellement, dans les cas de kystes hydatiques non suppurés, beaucoup d'auteurs donnent la préférence à la méthode de réduction après suture et sans drainage. On ouvre le kyste, on évacue son contenu, on enlève la vésicule mère et certains procèdent au formolage de la poche. C'est là une précaution excellente, car Dévé a démontré expérimentalement que le formol à 1 pour 100 pouvait détruire les scolex et n'empêchait nullement la réunion par première intention. A ces différents temps de la réduction après suture, Delbet a ajouté le capitonnage. En quoi consiste le capitonnage ? Lorsque le kyste a été repéré, on commence par le ponctionner et lui soustraire ainsi une plus ou moins grande quantité de liquide ; puis, devenu flasque grâce à cette évacuation, il est saisi et attiré au dehors au moyen d'une pince à kyste qui ferme en même temps l'orifice de la ponction. Il est incisé largement et vidé de ses vésicules. On enlève ensuite d'un coup ou en plusieurs fois la vésicule mère, on assèche la cavité avec des compresses aseptiques ou trempées dans la solution de formol à 1 pour 100, puis on pratique le capitonnage. Ce capitonnage, dit Delbet, « consiste à accoler les deux parois par des fils de catgut » passés dans l'épaisseur du tissu fibreux qui entourait l'hydatide. Au moyen d'une aiguille courbe, on passe un fil dans l'une des parois ; le fil entre et sort par la face interne après avoir parcouru 1 ou 2 centimètres dans la substance fibreuse. On recommence la même opération sur la paroi opposée, on s'applique à ce que le même fil entre et sorte dans des points symétriques et on fixe les deux bouts de catgut dans une pince. On peut recommencer la même opération deux, trois ou quatre fois et passer ainsi trois ou quatre fils, en ayant soin de commencer par les plus profonds. On noue alors ces fils, les parois du kyste se rapprochent l'une de l'autre et suppriment la cavité, puis on suture la plaie hépatique par un simple surjet ou mieux par une suture à la Lambert.

Certains autres procédés, comme l'extirpation et l'énucléation, ne sont que des méthodes d'exception.

Quénu emploie les petites incisions, enlève la vésicule mère,

après ponction et injection de formol, au moyen d'une pince, puis pratique la réduction avec suture sans capitonnage. Ce procédé, excellent en lui-même, n'a qu'un désavantage, c'est qu'il offre un champ opératoire trop restreint et empêche l'examen minutieux de l'organe.

Quel est donc le procédé de choix dans les cas où le kyste du foie s'est rompu dans les voies biliaires ? La plupart du temps, le contenu d'un tel kyste est septique, la poche est tout au moins exposée à la suppuration. La présence de bile même aseptique gênerait la guérison du kyste opéré par réduction avec suture. Aussi, dans ces cas, mieux vaut recourir à la marsupialisation qui, malgré tous ses inconvénients, ne reste pas moins un procédé sûr et répondant mieux aux cas qui nous occupent.

Malheureusement, la marsupialisation n'est pas toujours facile et quelquefois elle est impossible, soit que le kyste se trouve profondément à la partie postérieure du foie ou en plein parenchyme hépatique. C'était là le cas du malade opéré par M. le Professeur Villar. On est donc forcé de recourir à un autre procédé et parmi ceux qui restaient c'était le procédé de Delbet qui offrait le plus de garantie. Le capitonnage de la poche a peut-être fermé le passage à la bile et les suites opératoires donnèrent raison au professeur Villar; le malade fut guéri au bout de quinze jours.

Dans tous ces cas, il ne faut pas se contenter d'agir sur le kyste seul, il faut aussi s'occuper des voies biliaires, pratiquer minutieusement leur interrogatoire, afin de s'assurer que les conduits excréteurs du foie sont perméables; dans le cas où l'on soupçonnerait la présence d'hydatide dans les voies biliaires, ne pas hésiter à ouvrir soit le cholédoque, la vésicule ou le canal hépatique. Si la vésicule est malade, il y a peut-être intérêt à la supprimer et à faire une cholécystectomie. Nous croyons avec Quénu qu'il est inutile de procéder à la suture du cholédoque ou de l'hépatique, avec un simple drainage pour évacuer la bile à l'extérieur, la cicatrisation des voies biliaires se fait naturellement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Echinococcose hépatique secondaire d'origine biliaire. — F. DÉVÉ, Mémoires de la Société de biologie, 1905, t. I, p. 247.

Il s'agissait d'une femme cachectique et subictérique, présentant un gros foie irrégulier accompagné d'un épanchement ascitique survenu brusquement, en une nuit, sans traumatisme, quelques jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital. La ponction, en révélant la nature cholérrique de cet épanchement, nous fit porter le diagnostic de kyste hydatique du foie rompu dans le péritoine (cholépéritoine hydatique). Par la palpation, on reconnaissait l'existence de tumeurs hépatiques multiples. D'autre part, la décoloration complète des matières fécales nous avait fait admettre une obstruction du cholédoque par des débris hydatiques.

L'autopsie vérifia entièrement ce diagnostic. Le canal cholédoque était obstrué et distendu par un amas d'hydatides. En amont de l'obstacle, les voies biliaires avaient subi une dilatation généralisée; les canaux périhépatiques formaient à la surface du foie des cordons variqueux et saillants atteignant le volume du petit doigt. On trouvait, en outre, réparties dans l'un et l'autre lobe du foie, *vingt et une poches*, de forme assez régulièrement sphérique, dont le volume allait d'une grosse noix à une tête de fœtus. L'un des kystes, situé à l'extrémité du lobe gauche, était rompu dans le péritoine.

A l'exception de trois d'entre elles, paraissant indépendantes, toutes les poches étaient envahies par la bile et se trouvaient bourrées d'hydatides, hydatides dont la plupart affaissées, mais dont un *certain nombre persistaient tendues*, avec un contenu limpide et des scolex inal-

térés, vivants, en un mot, malgré la coloration vert brunâtre de leurs feuillets cuticulaires superficiels. Les poches kystiques, superposées les unes aux autres, communiquaient entre elles par des orifices plus ou moins étroits, sortes de diaphragmes à travers lesquels s'engageaient des hydatides. Les gros canaux biliaires qui aboutissaient au hile s'ouvraient à plein canal, « en entonnoir », dans ces poches.

Une étude attentive de la pièce anatomique et les examens histologiques multiples que nous avons pratiqués de ses différentes parties nous permettent de conclure que la plupart des poches étaient formées aux dépens de conduits biliaires extraordinairement dilatés, constituant de véritables anévrismes biliaires.

OBSERVATION II

Kyste hydatique du foie développé aux dépens d'un système de canaux ramifiés (probablement les canaux biliaires) et ayant conservé avec eux ses communications. — HALIPRÉ, Société anatomique, 1893, p. 55.

Il s'agit d'une malade ayant fait dans le service de M. A. Gombault un long séjour pour un zona ophtalmique. Elle portait en outre une tumeur abdominale qui, disait-elle, ne lui occasionnait aucune gêne et pour laquelle elle avait déjà refusé une intervention chirurgicale.

Le diagnostic de tumeur fibro-kystique des annexes fut porté et la malade sortit après la guérison de son zona. Deux mois après elle revint avec des vomissements, de la fièvre, un point de côté à droite. La respiration est pénible. Il existe du souffle et de la matité dans le tiers inférieur du poumon droit. Nous pensons qu'il s'agit peut-être d'une métastase pleuro-pulmonaire et nous faisons une ponction exploratrice qui donne issue à quelques gouttes de sang.

L'examen microscopique ne montra que des globules rouges et une assez grande quantité de globules blancs. La malade fut mise en observation. Il n'y avait pas de constipation, pas de rétention d'urine.

Malgré cela, la malade s'affaiblissait rapidement et succomba avec des symptômes fébriles quelques jours après son entrée.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, nous avons trouvé

un kyste hydatique multiloculaire, volumineux, occupant le petit bassin et la plus grande partie des fosses iliaques, englobant les organes pelviens, à l'exception de l'utérus qui était parfaitement indemne. Au milieu de ces kystes nombreux, il ne nous a pas été possible de retrouver les ovaires. Il existait aussi des kystes sur le péritoine et le grand épiploon. Il y en avait un du volume du poing, situé dans l'épaisseur du côlon ascendant, sous le péritoine, et n'intéressant pas la muqueuse intestinale.

Du côté des plèvres et du poumon, il n'y avait pas de grosses lésions et l'on ne pouvait relever qu'une congestion de moyenne intensité siégeant aux deux bases.

Le foie présentait un kyste hydatique volumineux, non suppuré, du volume d'une tête de fœtus à terme et occupant toute la partie médiane de l'organe. Formé aux dépens du lobe droit, il empiétait un peu sur le lobe gauche et dépassant en haut de deux travers de doigt le ligament falciforme.

En bas, le kyste faisait saillie dans la région du lobe médian. Sa paroi n'était séparée de la veine cave que par une mince couche de tissu conjonctif. Le lobe de Spiegel était atrophié. Les canaux biliaires extra-hépatiques, comprimés, s'étaient dilatés et la vésicule biliaire atteignait le volume d'un poing d'adulte.

Sur une section du lobe gauche du foie, nous trouvons de nombreux abcès à contours géographiques. Enfin en étudiant une portion du lobe gauche, voisin du kyste, nous constatons la présence d'une vésicule située dans un canal à parois très nettes. La vésicule enlevée, une autre bientôt vint se présenter, puis une troisième, etc... Ayant alors vidé et lavé convenablement le kyste, nous avons remarqué sur la paroi la présence de nombreux orifices, dont l'un, du volume d'une grosse plume de corbeau, n'était autre chose que l'aboutissant du canal qui venait d'être ouvert dans le lobe gauche. Les autres orifices, au nombre de trois ou quatre, étaient plus petits et s'ouvraient très obliquement sur la paroi, présentant la disposition en bec de flûte.

Un examen extemporané du produit du raclage obtenu à l'orifice du gros canal montra des plaques d'épithélium en palissade, caractéristique des canaux biliaires.

OBSERVATION (RÉSUMÉE) III

Trois kystes hydatiques du foie, absolument latents jusqu'à l'apparition d'un ictère par obstruction dû à l'engagement de l'enveloppe d'un des kystes dans le canal hépatique et le cholédoque. Infection suppurative de deux des kystes et des voies biliaires par le bacille d'Escherich. Infection coli-bacillaire généralisée. Hoquets incessants pendant dix jours. — P. LE GENDRE et A. RAOULT, Soc. méd. des hôpitaux, séance du 18 mars 1892.

Malade de cinquante-sept ans, s'est toujours bien porté, a seulement présenté quelques symptômes d'arthritisme. Dix jours avant son entrée à l'hôpital (23 février), il fut réveillé la nuit par un malaise vague, suivi de vomissements abondants. Le lendemain, apparition d'ictère.

Le foie déborde le rebord costal de trois travers de doigt, pas de bosselure ni irrégularité. Exploration peu douloureuse, mais le malade ressent une douleur spontanée dans l'hypocondre droit.

Rien à signaler du côté des autres organes; les urines sont peu abondantes et très chargées de pigments biliaires. Les garde-robes, pâteuses et fétides, sont tout à fait décolorées. On pense à un ictère catarrhal avec obstruction du cholédoque chez un sujet arthritique.

Les urines ensuite deviennent plus abondantes et plus foncées, ainsi que la teinte ictérique. Le 1^{er} mars, apparition de crises de hoquet pénibles qui persistent pendant une dizaine de jours.

Le 3 mars, hématomèse : 200 grammes de sang rejetés sans effort. Aucun des symptômes de l'ictère grave; soubresauts tendineux, délire, jactitation. Température, 37°8.

Le 7 mars, plusieurs hématomèses. Le 8, rétention d'urine, évacuation de 1.300 grammes d'urine vert bronze par cathétérisme. Le 9, vomissements bilieux. Urines diminuées, élimination irrégulière d'urée. Le malade meurt dans le coma.

Autopsie. — Foie pèse 3.100 grammes. Vésicule biliaire très dilatée, renferme un liquide incolore avec quelques granulations blanches. Canal cholédoque très dilaté; on y trouve une membrane de kyste

hydatique qui s'y est engagée en se plissant, comme un ballon dégonflé. Cette membrane remonte dans le canal hépatique et oblitère une partie du canal cystique. La division droite du canal hépatique communique avec une cavité kystique renfermant un liquide verdâtre, épais et des débris de membrane.

Entre le lobe droit et le lobe gauche, autre kyste hydatique à contenu clair. A la partie inférieure du lobe gauche, un troisième kyste suppuré, entouré d'une portion de foie mou et facile à déchirer.

Les autres organes ne présentent rien de bien intéressant à signaler.

A noter que le coli-bacille a été décelé dans tous les liquides de l'organisme.

OBSERVATION (RÉSUMÉE) IV

Kyste hydatique du foie compliqué de cirrhose hypertrophique, avec communication largement établie entre le kyste et la vésicule biliaire. — FERRAND, Soc. méd. des hôpitaux, 1894, t. 11, 3^e série, p. 788.

Journalier de trente-trois ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, sauf une fièvre typhoïde à vingt-trois ans et quelques accès de fièvres intermittentes lors de son service militaire en Algérie. A cette époque, il ressentit quelques vagues douleurs du côté du foie qui était déjà augmenté de volume; mais à son retour en France, ces douleurs disparurent. Il fit aussi quelques excès alcooliques.

Bronchite il y a vingt mois. Ictère apparu un mois après. Douleurs assez vives dans l'hypocondre droit. Foie augmenté de volume.

Depuis cette époque, il eut tantôt des poussées aiguës du côté du foie, tantôt des retours de bronchite.

Actuellement, son état général est mauvais; teinte ictérique généralisée et intense; présente quelques troubles du côté des organes digestifs. Pas de diarrhée; les matières fécales ne sont pas décolorées. Le foie est manifestement augmenté de volume, surtout le lobe droit; pas douloureux à la palpation et à la percussion, sauf sur son bord antérieur. Le foie n'est pas bosselé.

Rate volumineuse. Pas d'ascite. Tympanisme intestinal.

Toux fréquente, expectoration visqueuse, adhérente, un peu rouillée et en partie colorée en vert. Matité à la base du poumon droit. Submatité à gauche. A la base droite, diminution considérable du murmure respiratoire, frottements pleuraux et râles sous-crépitaux dans la fosse sous-épineuse droite. A gauche, phénomènes moins marqués. Peu de fièvre.

Le 17 octobre, la température s'élève à 39°, puis se maintient environ une semaine entre 38 et 37°.

Le 23, nouvelle élévation à 39°. Les crachats devenaient sanglants, toux plus fréquente, mêmes signes du côté des organes. La mort arriva le 30 octobre.

Le malade accusait bien un certain degré d'essoufflement, mais le cœur était à peu près normal.

Urines rares, foncées, renfermaient des pigments biliaires. Pas d'albumine.

Autopsie. — Foie volumineux, surface colorée en bronze vert, coupée de lignes blanchâtres. Les coupes montrent un aspect semblable à celui de la surface; les canaux biliaires sont dilatés. Dans le lobe droit, près de la ligne médiane, on trouve une cavité kystique du volume d'un œuf de dinde, à parois lisses et fibreuses, tapissées de membranes non adhérentes et teintées en vert. Le kyste communiquait à sa partie antérieure, par une large ouverture de la dimension du doigt, avec la vésicule biliaire qui est fortement distendue et dont les parois sont fortement épaissies. Dans cette double poche il y avait un liquide séreux, mélangé de bile, de consistance assez fluide. Le poumon droit est le siège d'une broncho-pneumonie. Un peu de liquide dans la cavité pleurale. Rien d'intéressant du côté des autres organes.

OBSERVATION V

Kyste hydatique double du foie. Mort subite par rupture dans le canal hépatique. — GOURAUD et RATHERY, Société anatomique, 1901, p. 307.

Louis Ann..., âgé de quarante-quatre ans, entre le 27 mars salle Woillez, n° 3, pour une tumeur dont le début, au dire du malade, remonte à un peu plus d'un an. On se trouve en présence d'un malade

quelque peu amaigri, mais dont l'état général est très satisfaisant. On aperçoit facilement, au niveau de l'épigastre, une tumeur médiane, arrondie, globuleuse, ferme à la palpation quoique légèrement rénitente, elle atteint presque l'ombilic; à droite, on sent une encoche qui la sépare du côté droit, qui n'est que peu hypertrophié et déborde un peu les fausses côtes. Au niveau de la tumeur, matité absolue. Pas de douleur à la palpation, pas de frémissement hydatique. Rien aux autres organes. Pas de pleurite sèche à droite. Pas d'urticaire ni de douleur à l'épaule.

Rien dans les urines, qui sont claires et de quantité normale.

L'examen du foie par les méthodes biologiques ne dénote pas d'insuffisance : le bleu de méthylène est éliminé dans les délais normaux et d'une façon continue, pas d'intermittence; la glycosurie alimentaire est négative, la quantité d'urée normale.

Le diagnostic porté était : kyste hydatique médian du foie, volumineux, mais assez bien toléré.

Pourtant, à cause du volume, de la gêne apportée au fonctionnement thoracique et abdominal, on décida l'intervention et le malade est passé chez M. Schwartz. C'est là qu'il est mort subitement avant l'opération. Notre collègue Alexandre nous a remis sur les accidents terminaux la note suivante : « Le vendredi 5 avril, à sept heures moins dix, en se déshabillant, le malade est pris d'un malaise. On le met sur son lit et, à partir de ce moment, il ne parle plus, son visage est violacé, les lèvres, les extrémités cyanosées. Les battements du cœur sont rapides et le pouls est bondissant, dépressible. On met des ventouses scarifiées qui donnent peu de sang. Piqûres d'éther, caféine, rien n'y fait. La respiration s'arrête; la traction rythmée, la respiration artificielle sont essayées sans résultat; une saignée pratiquée à sept heures et demie ne donne pas de sang. Le cœur a cessé de battre. »

Autopsie, le 7 avril, quarante-quatre heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, un peu de liquide; anses intestinales moyennement dilatées et de coloration normale.

Foie très volumineux, contenant un kyste en plein lobe droit; organe un peu difficile à détacher par suite d'adhérences; transporté sur la table d'autopsie, il paraît manifestement hypertrophié, surtout dans son côté gauche (poids après évacuation du liquide kystique : 2.337 gr.).

Un kyste gros comme les deux poings, ovalaire, occupe le côté droit, il a une tension énorme, sensible à la main, et qui l'a fait se rompre au cours des manipulations ultérieures. Sa paroi interne est semée de toutes petites vésicules filles très abondantes. Le lobe gauche, très hypertrophié, est d'aspect normal aussi bien à la surface qu'à la coupe; celle-ci ne laisse pas écouler de sang.

Entre les deux lobes, dans la région médiane, on trouve une poche flasque, à parois molles et plissées, qui évidemment n'est autre chose que le kyste rompu. Il est impossible de trouver le point de rupture. On injecte alors du lait dans cette poche et l'on voit la vésicule biliaire, de flasque qu'elle était, se tendre et devenir piriforme. On pratique l'expérience contraire après avoir incisé la paroi flasque du kyste, et en poussant du lait par la vésicule biliaire on voit celui-ci ressortir par un tout petit orifice situé sur la paroi interne de la poche. Une dissection minutieuse permet de voir que cet orifice, de 1 à 2 millimètres, se trouve sur la branche gauche du canal hépatique.

Le kyste a, en effet, repoussé en arrière le hile du foie, avec veine porte, artère hépatique, canaux biliaires; et les deux branches du canal hépatique sont directement appliquées contre le kyste sur une longueur de 1 à 8 millimètres.

Reins normaux à la coupe.

OBSERVATION VI

Kyste hydatique évacué par l'intestin. Ictère par rétention.

Avortement spontané. Fièvre à grandes oscillations durant quarante jours. Guérison. — LE NOIR et LEVEN, *Arch. génér. de médecine*, 1900, t. 2, p. 486.

Louise G..., âgée de vingt et un ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le Professeur Bouchard, le 21 novembre 1899.

La malade est ictérique depuis cinq jours. L'ictère s'est accentué progressivement et est assez foncé au moment de son admission.

Les selles sont complètement décolorées. Les urines renferment une grande quantité de pigments biliaires. Elle est dyspeptique depuis de nombreuses années; elle a des nausées fréquentes; elle a, depuis

trois semaines, une douleur épigastrique qui augmente chaque jour, devient angoissante et provoque une véritable sensation d'étouffement.

Le foie déborde d'un demi-travers de doigt le rebord des fausses côtes. Il n'est pas douloureux à la pression. L'examen de la région abdominale ne révèle l'existence d'aucune tumeur; la pression n'est douloureuse qu'au creux épigastrique où elle exagère cette sensation d'étouffement que nous avons signalée.

La langue est très sale. Pas de nausées, pas de vomissements, pas de coliques.

La malade est bien réglée, les dernières règles ont paru le 18 août dernier; elle paraît ignorer qu'elle est enceinte, la grossesse est rendue probable par l'aspect des seins, le toucher vaginal et l'examen au spéculum qui montre un col mou, entr'ouvert, saignant légèrement.

Pas de syphilis, pas de maladies infectieuses anciennes ou récentes. Tous les viscères, cœur, poumons, reins sont sains. Rien à signaler du côté du système nerveux; elle est calme, elle répond bien, elle n'a pas de délire.

Elle a eu une légère épistaxis le jour de l'entrée. Elle n'a pas de prurit, pas d'albumine dans les urines.

Signalons enfin l'existence d'une température très élevée, 40°3 le soir (température rectale). La fièvre sera très irrégulière dans sa marche les dix premiers jours; par contre, pendant les trente jours suivants, la température oscillera entre 37° et 40°, basse le matin, élevée le soir.

Le diagnostic reste hésitant sur la cause de cet ictère par rétention avec fièvre élevée.

Le 22 novembre, température matin, 40°2; température soir, 38°7; pression artérielle, 13; pouls, 124. Même état.

Le 23 novembre, température matin, 38°6; température soir, 39°; pouls, 126. Le foie déborde de 2 centimètres environ; il est douloureux à la pression.

Le 26 novembre, température matin, 37°; température soir, 37°7; pression artérielle, 11,3; pouls, 100. Pas d'albumine. La malade prend 200 grammes de sucre de onze heures et demie à une heure et demie. Seules les urines de huit heures du soir renferment du sucre.

Les mêmes, recueillies avant et après huit heures, n'en renferment pas. La malade est très abattue. Les selles sont toujours complètement

décolorées et les urines renferment beaucoup de pigments biliaires. Dans la nuit du 25 au 26 elle a eu des douleurs atroces avec prédominance épigastrique et augmentation considérable de la sensation d'étouffement; elle est très agitée.

Elle eut du hoquet toute la nuit: pas de vomissements.

Le 27, la douleur est un peu moindre, quoique très vive encore; elle a une assez forte diarrhée.

Le 28, même état; crises douloureuses dans la nuit. A huit heures du matin, en allant à la selle, elle rend une membrane de kyste hydatique, teintée par les pigments biliaires, sans vésicules.

L'examen histologique a prouvé nettement qu'il s'agissait d'un kyste hydatique. L'un de nous a présenté le kyste à la Société anatomique le 1^{er} décembre 1899. Il devait avoir, lorsqu'il était plein, le volume d'un très gros poing.

Le même jour, dans l'après-midi, les selles sont colorées par la bile.

Les urines furent claires dès le surlendemain. La malade ne souffre plus.

Le 29, le foie déborde de deux travers de doigt. La rate est très appréciable, alors qu'antérieurement elle ne l'était pas.

Dans la nuit du 30, la malade fait un avortement; le fœtus paraît âgé de trois mois, il pèse 70 grammes. Les membranes, le fœtus, le placenta ne sont pas du tout teintés par la bile.

Les suites de l'avortement furent normales.

Le 2 décembre, une éruption ortiée, très remarquable par son intensité, couvre le corps tout entier. Signalons l'absence de tout prurit.

Pendant toute la durée du mois de décembre, la courbe thermométrique a présenté les oscillations dont nous avons reproduit le tracé.

L'état général s'est amélioré chaque jour. La jaunisse a disparu peu à peu. Le 25 janvier, elle a eu une série de coliques violentes et a rendu de nouveaux fragments de membrane hydatique. Elle est sortie complètement guérie le 8 février 1900.

OBSERVATION (RÉSUMÉE) IX

Angiocholite, cholédocotomie. Issue par l'incision de vésicules hydatiques. Guérison. — SASSE, *In Soc. de chir.*, 1906, p. 1020.

F..., quarante-trois ans, présente en 1889 des coliques hépatiques suivies d'un ictère intense qui dure six semaines. En 1900, accouchement normal; en 1901, nouvelle crise, suivie d'un ictère qui dure trois mois. En avril 1903, nouvelle crise; le 28 mai 1903, ictère intense; le foie est gros, douloureux. Le 29 mai, laparotomie. Adhérences péricystiques, pas de calculs biliaires. Cholédocotomie. La bile est infectée; il sort de la voie principale des vésicules hydatiques. Dans le lobe gauche du foie on trouve un kyste à contenu purulent. La curette, introduite par le cholédoque, pénètre dans le kyste. Marsupialisation. La guérison est obtenue difficilement.

OBSERVATION XI

Angiocholite, cholédocotomie. Issue par l'incision d'hydatides. Guérison. — SASSE, *Arch. f. klin. Chir.*, 1904, Bd. L., p. 956.

Femme, trente-trois ans, a présenté des crises douloureuses dans l'hypocondre droit l'année précédente. Depuis quelques jours, présente de la fièvre, 41°, avec frissons. Le foie est gros, douloureux à la pression; pas d'ictère.

Opération en mai 1903. Grosse vésicule remplie de liquide trouble; pas de calcul.

Le cholédoque est très dilaté, bordé de gros ganglions. Une ponction faite dans la voie principale retire un liquide purulent. Cholédocotomie. Il s'échappe aussitôt de petites vésicules et des membranes hydatiques.

Dans le lobe gauche du foie, on trouve un kyste à contenu purulent. Il est incisé, évacué, tamponné. Drainage de l'hépatique. Guérison le 10 juin 1903.

OBSERVATION XII

Deux cholédocotomies successives. Issue d'une vésicule hydatique. Guérison. — GARRÉ, *in* STIEDA, *Beitrage zur Chirurgie der Galleniwege. Beitr. z. klin. Chirurgie*, Bd. XLVII, Heft 3.

Femme de quarante-quatre ans, ictérique depuis 1902, a présenté fréquemment des coliques hépatiques. 21 août 1903, laparotomie. Calcul dans la vésicule. Cystostomie. Cholédocotomie sans résultat.

Le 1^{er} octobre 1903, ictère avec fièvre. Cysticotomie, puis cholédocotomie. Issue d'une vésicule hydatique grosse comme une noix. Dans le cystique, seconde vésicule. Drainage de l'hépatique. Guérison.

Le kyste hydatique originel n'est pas trouvé.

OBSERVATION XIII

Hépaticus drainage pour une cholérragie; issue d'une hydatide, Guérison. — RAUSCH, *Münchener Woch.*, 1905.

Le cas de Kehr, rapporté par Rausch est un drainage de l'hépatique fait pour lutter contre une cholérragie totale dans un cas de kyste hydatique marsupialisé. Trois semaines après, la vésicule hydatique qui oblitérait la voie biliaire fut évacuée par le drainage hépatique. Guérison.

OBSERVATION XIV

Kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires. — M. BAZY, *Soc. de chirurg.*, 1906, p. 1040.

Il s'agit d'un homme de trente-six ans, entré une première fois à l'hôpital pour un ictère fébrile intense datant de plusieurs semaines. Cet homme nous raconte (et ceci est assez curieux) qu'il a été opéré au Havre l'année précédente pour un kyste hydatique du foie. Il nous dit qu'il était guéri, la plaie était complètement cicatrisée au bout de dix-

sept jours quand il est sorti de l'hôpital. Le chirurgien qui l'a opéré nous écrit, au contraire, que quand il était sorti il portait encore un drain, parce qu'il avait été obligé de masurpialiser la poche.

Quoi qu'il en soit, il portait une cicatrice linéaire de réunion par première intention. Je l'opère le 16 février 1903.

Voici la description de l'opération : Incision latérale à deux travers de doigt de la ligne médiane. L'abdomen ouvert, on voit le foie bleu ardoisé qui déborde les fausses côtes. L'épiploon adhérent est écarté et on voit une grosse tumeur fluctuante que l'on ponctionne : il ne sort rien, mais en retirant le trocart on voit sortir par l'orifice un lambeau de membrane hydatique. L'incision est agrandie et on enlève une membrane hydatique calcifiée; il y avait en outre un nœud de fil de soie sur la paroi de la poche.

On cherche la vésicule qu'on trouve dans la plaie même, elle n'est pas distendue. On est obligé d'admettre une obstruction des voies biliaires dans les canaux hépatiques au-dessus du cystique. Néanmoins, en prévision de l'obstruction permanente du cholédoque à cause du siège de la tumeur, on laisse ouverte la vésicule que l'on marsupialise. La vésicule contenait de la bile brun verdâtre très gluante.

Il revient à l'hôpital le 29 novembre, ayant eu des crises douloureuses, des accidents fébriles, de l'ictère. Il était toujours porteur de sa fistule biliaire. Il avait de temps en temps des selles colorées, comme si l'obstruction était intermittente, de sorte que je le mis en observation pendant quelques temps.

Voyant que l'ictère ne disparaissait pas, je le réopérai à nouveau le 26 décembre 1903. Incision médiane. Après l'ouverture de l'abdomen, je tombe sur une tumeur accolée à la petite tubérosité de l'estomac. C'est une poche remplie de vésicules filles sans liquide; on voit alors un tractus qui se dirige vers la fistule résultant de ma dernière opération; je m'en sers comme d'un guide; mais au lieu de se diriger vers la vésicule, on tombe dans une cavité oblongue se dirigeant vers le hile du foie : il s'en écoule de la bile et des vésicules flétries.

Je mets un drain dans ce canal, qui est très probablement le cholédoque, et un autre dans la poche du kyste; une mèche autour des deux drains et une dans l'ancienne fistule qui communiquait avec la vésicule.

Le 28 décembre, on enlève les mèches, l'une d'elles entraîne avec elle le drain placé dans le canal cholédoque, et on ne peut en replacer un autre dans le même trajet trop étroit; on se contente d'en mettre un plus superficiel, ce qui a pour résultat d'empêcher tout écoulement de bile à l'extérieur, la bile coulant dans l'intestin et colorant les matières fécales.

Après une période de quelques jours de rétention biliaire et d'écoulement de la bile à l'extérieur, celle-ci ne sort plus par la fistule et coule tout entière dans l'intestin.

Le 3 février, plus rien ne coule à l'extérieur.

Le malade se sent très bien et sort le 9 février, guéri.

J'ai appris que sa santé se maintenait bonne.

OBSERVATION XV

Kyste hydatique du foie avec passage des vésicules dans les voies biliaires, simulant la colique hépatique. SYME, *The Lancet*, 1906, p. 517.

Un homme âgé de vingt et un ans fut admis à l'hôpital de Melbourne, le 1^{er} mai 1903, dans le service du docteur Nihill. Il se plaignait de douleurs abdominales et avait des vomissements. La douleur était venue subitement le 29 avril et était très vive. Il eut un frisson et des vomissements aussitôt l'apparition de cette douleur. Il avait l'hypocondre droit douloureux et le côté droit de l'abdomen était très tendu. La température était de 100° F. et le pouls à 96. Le foie s'étendait à la percussion jusqu'au 3^e espace intercostal sur la ligne axillaire. Le 2 mai, la température était de 101°3 F.; les conjonctives jaunes et la bile décelée dans l'urine. La douleur, encore très violente, venait par crises paroxystiques. Le 4 mai, M. Syme fut appelé auprès du malade. Ce matin, le garde-malade avait trouvé dans ses selles, lavées et tamisées, trois morceaux de membrane jaunâtre ressemblant à des débris de membrane hydatique. Un examen microscopique ultérieur prouva que c'était bien des portions de parois hydatiques. On décida d'intervenir et le malade fut envoyé dans le service de M. Syme.

Le 5 mai, le malade fut endormi à l'éther. Une ponction exploratrice

pratiquée dans le 6^e espace intercostal amena du pus. Une partie de la 7^e côte fut réséquée, la plèvre ouverte et le diaphragme mis à nu. Les plèvres pariétale et diaphragmatique furent suturées au catgut. Le diaphragme incisé, on arriva sur le foie qui parut normal. On ponctionna avec un trocart muni d'une canule à une profondeur d'un pouce environ. On donna issue à un liquide trouble et du sang vermeil sortit par le trocart.

En suivant le trocart, on fit au thermocautère un large débridement, on ouvrit ainsi une grande poche kystique d'où s'échappaient de petites vésicules filles mêlées de bile. La paroi du kyste fut suturée à la peau avec de la soie. Un drain en caoutchouc rouge fut enfoncé dans la poche ainsi qu'une mèche de gaze iodoformée. La fistule biliaire qui en résulta fut longue à se fermer, mais cette guérison persista. Le malade quitta l'hôpital le 12 juin.

OBSERVATION XVI

Kyste hydatique du foie au voisinage de la vésicule biliaire et rompu dans cette vésicule. Excision du kyste et cholécystectomie. Guérison. — QUÉNU, Société de chirurgie, 1906, p. 1017.

M. X..., âgé de vingt-quatre ans, avait été opéré par moi deux ans auparavant, pour un énorme kyste hydatique du petit bassin, siégeant juste au-dessus des releveurs de l'anus et remontant jusqu'à l'ombilic. Déjà à cette époque, on pouvait sentir, un peu à droite de la ligne médiane et sous le rebord costal, une tumeur assez mobile, indolente, paraissant bien appartenir au foie. L'interprétation de cette tumeur vue par beaucoup de notabilités médicales avait été différente. Le malade ne se souciait pas d'une nouvelle opération et restait dans le *statu quo*, quand, pendant l'été de 1900, se trouvant en villégiature, il fut pris à plusieurs reprises de douleurs vives de la région hépatique, bientôt suivies d'un ictère passager. Comme ces crises avaient été précédées de troubles digestifs gastriques et intestinaux on les rapporta à ces derniers. Au mois d'octobre, le malade eut de nouveau des crises douloureuses, mais cette fois des plus violentes, auxquelles j'assistai et qui avaient tous les

caractères de coliques hépatiques. Elles furent suivies d'un ictère qui persista plusieurs jours et d'accès fébriles.

Mon collègue Tapret et moi, soupçonnant l'intervention des hydatides dans la pathogénie des accidents bien qu'il n'y eût pas grand changement dans la tuméfaction sous-costale, conseillâmes d'examiner quotidiennement les garde-robes.

On y découvrit une petite vésicule flétrie, grosse comme une noisette, qui me fut remise et dont l'examen microscopique démontra bien la nature hydatique.

L'opération fut décidée, et j'opérai le malade en janvier 1901 en présence de notre regretté collègue et ami Bouilly. A ce moment l'état du malade était bon, il n'y avait ni fièvre ni ictère.

Je trouvai un kyste hydatique du bord antérieur du foie, mobile, bien détaché du foie, mais fusionné d'une part avec le grand épiploon et d'autre part avec la vésicule biliaire. J'enlevai en une seule masse épiploon, vésicule biliaire et kyste dont je ne laissai qu'une cupule correspondant à l'insertion hépatique. Les suites opératoires furent simples et la guérison obtenue sans incident.

L'examen de la pièce montra une fusion complète du kyste et de la vésicule et une perforation de la cloison qui séparait les deux cavités pouvant admettre un crayon. Il n'existait pas d'hydatides dans la vésicule biliaire; d'autre part, ce kyste renfermait un grand nombre de vésicules, dont quelques-unes non flétries, et le kyste n'était pas suppuré.

OBSERVATION XVII

Kyste hydatique de la région vésiculaire, probablement développé dans la vésicule. Incision. Marsupialisation. Guérison.—
LANGENBUCK, Fall von Echinococcus des Gallenbl., n° 15, Vereins beit., p. 63.

...., trente-huit ans, fit une chute le 28 avril de l'année précédente. Douleurs dans le dos et dans la région stomacale, et déjà en septembre, on constate le développement d'une tumeur dans l'hypocondre droit.

En février de cette année, un collègue fait une ponction exploratrice qui retire du pus et, en mai, le malade entre à l'hôpital.

Tumeur grosse comme une tête d'enfant dans l'hypocondre droit qui atteint l'ombilic et présente une fluctuation profonde. On pense à un abcès du foie d'origine traumatique ; pourtant, bon aspect général ; pas de fièvre, pas de frisson, pas d'ictère et la fluctuation était celle d'un kyste hydatique.

Laparotomie : kyste hydatique dans l'intérieur de la vésicule biliaire. Le kyste était situé dans la région vésiculaire et on ne retrouvait rien qui ressemblât à la vésicule. Pas de crochets. Guérison normale.

OBSERVATION XVIII

Kyste hydatique suppuré rompu dans la vésicule biliaire. Cholécystotomie. — MÜTZNADEL, Inaug. Dissert. Iena 1889. Observat. de la clinique de Riedel.

J. W..., trente-quatre ans. Toujours bien portant. Ressent le 1^{er} janvier 1885 une douleur intense dans la région épigastrique ; pendant les deux semaines suivantes, mêmes douleurs, six, sept fois. En avril 1888 même crise ; puis, le 30 juillet et trois semaines durant. Huit jours après, ictère généralisé.

Le foie est très gros, 48 centimètres de malité verticale. Le bord inférieur est palpable et paraît normal. On ne sent pas la vésicule.

Riedel pense à un kyste hydatique.

En août, nouvelle crise qui décide malade et chirurgien à l'opération, le 17 septembre 1888.

Incision verticale dans la région vésiculaire. Cholécystotomie. De la vésicule, il sort de la bile, puis du pus. Le doigt introduit sent sous le foie une tumeur grosse et fluctuante.

Du pus en quantité abondante coule de la vésicule.

Le diagnostic de kyste hydatique infecté et rompu dans la vésicule est posé.

A travers la paroi postérieure de la vésicule, un trocart est enfoncé qui traverse 4 centimètre de parenchyme hépatique et pénètre dans le kyste ; l'orifice de ponction est agrandi au bistouri, et par cette incision vésiculaire, le kyste est nettoyé, drainé.

En février 1889, le malade se porte bien et conserve une fistule.

OBSERVATION XIX

Cholédocotomie pour une angiocholite due à la rupture d'un kyste hydatique dans les voies biliaires. Observation de M. DUVAL, résumée par M. QUÉNU, Bull. et Mém. de la Société de chirurgie, 1906, p. 1005.

Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, qui, entre le 6 et le 28 juillet, fut prise de crises excessivement douloureuses, allant jusqu'à la syncope et qui s'accompagnèrent de jaunisse.

Avec la dernière crise, le 28 juillet, apparut un symptôme nouveau, la fièvre, qui se traduisit par des frissons et une élévation thermique oscillant entre 39 et 40 degrés. Le 1^{er} août, le tableau clinique était celui d'une angiocholite aiguë ; M. Duval en institua immédiatement le traitement rationnel en ouvrant largement le cholédoque au-dessus du duodénum, jusques et y compris l'hépatique, en pratiquant, par conséquent, l'hépatico-cholédocotomie de Kehr.

L'ouverture de la vésicule et l'exploration des autres voies biliaires n'avaient révélé aucune lithiase.

Une détente complète suivit cette intervention, puis, le cinquième jour, les accidents fébriles reparurent en même temps que la bile cessait de couler par le drain. Une aspiration opérée par ce drain, avec une seringue de Guyon, détermina tout d'un coup l'issue d'un mélange de bile et de membranes flétries.

A partir de ce moment, la guérison suivit un cours régulier ; il sortit des membranes jusqu'au 25 août, puis la fistule biliaire se ferma d'elle-même.

OBSERVATION XX

Note sur un cas d'hydatide de la vésicule biliaire. Cholécystotomie. Guérison. Observation de PAGE, *The Lancet*, 1898, t. I, p. 995.

Un homme de cinquante à soixante ans souffrait depuis cinq ans de crises douloureuses dans la région épigastrique, accompagnées de vomissements bilieux. Il les caractérisait « d'attaques bilieuses ». L'été

dernier, ces crises devinrent plus fréquentes et plus intenses. Enfin, en octobre dernier, le malade commença à maigrir. Depuis, la douleur et les vomissements sont continuels.

Le 24 novembre, il est examiné par le Dr Martin, qui trouve une tumeur en rapport avec la face inférieure du foie qu'il prit pour une vésicule biliaire distendue.

Le 9 décembre, opération. Le ventre est ouvert sur la ligne semi-lunaire droite et la vésicule biliaire mise à découvert. On aspire 12 onces d'un liquide clair et on recherche en vain dans le cystique le calcul qui expliquerait l'oblitération du col de la vésicule. On incisa la vésicule ; à travers la vésicule, une hydatide flétrie fit saillie et on put l'extirper par morceau. Mais il ne s'échappa aucun liquide bilieux ; les bords furent suturés à la peau. Pendant onze jours, les suites furent apyrétiques, mais le 23 décembre la température s'éleva ; le pansement répandait une odeur nauséuse et on découvrit qu'à travers la plaie s'engageaient des débris d'hydatides. Dès leur enlèvement, un flot de bile s'échappa et la bile continua de couler jusqu'au milieu de janvier. Alors la fermeture fut obtenue et le malade guérit.

OBSERVATION XXI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur VILLAR)

Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Ictère. Evacuation des vésicules hydatiques par les selles. Intervention. Guérison. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 22 février 1907.

Un homme, âgé de trente-cinq ans, présente, il y a six ans, un léger ictère. Il y a huit mois, douleurs épigastriques et ictère : celui-ci persiste pendant un mois et demi environ. A partir de ce moment, le malade reste un peu jaune. En septembre 1906, nouvelle crise de douleurs et apparition d'ictère. Au mois de décembre de la même année, nouvelle poussée : douleurs et ictère. Au mois de janvier suivant, le malade constate dans ses selles la présence de membranes. Le docteur Auché les examine et reconnaît qu'il s'agit de vésicules hydatiques.

Je vois le malade quelques jours après, avec le docteur Auché, et je constate : ictère assez foncé, urines acajou, foie augmenté de volume. A vrai dire, on ne délimitait pas une tumeur abdominale. J'ajoute que le malade nous avait parlé de calculs qu'il aurait rendus dans les selles quelques années auparavant.

Le diagnostic devait se circonscrire entre kyste hydatique avec obstruction des voies biliaires par calculs, ou kyste hydatique avec obstruction de ces voies par des vésicules hydatiques. Ce dernier diagnostic semblait plus logique.

Le malade, souffrant depuis longtemps et ne pouvant guère vaquer à ses occupations, réclamait une intervention qui était très indiquée.

Avant d'intervenir, je priai M. Sabrazès de faire l'examen du sang. La réponse de M. Sabrazès, après cet examen, fut : Kyste hydatique.

Opération, le 29 janvier 1907. Laparotomie latérale pour arriver facilement sur les voies biliaires obstruées ; je trouve un foie très volumineux. J'examine avec soin le canal hépatique et le canal cholédoque, même derrière la tête du pancréas ; je ne trouve point de calculs. Mais je ne trouvais pas non plus un kyste hydatique du foie. Je pratique alors sur la paroi abdominale une incision complémentaire transversale, dirigée de droite à gauche. Pas de kyste sur la face supérieure du lobe gauche du foie qui est hypertrophié. Soulevant ce lobe gauche, je finis par trouver le kyste à la partie postérieure de la face inférieure de ce lobe. Ce kyste, du volume d'une très grosse orange, était tout à fait séparé de l'estomac. La vésicule biliaire était rétractée.

Etant donné que le kyste faisait corps avec le foie et qu'il était situé profondément, je ne pouvais ni l'extirper ni le marsupialiser. Voici ce que je fis : je l'incisai et le vidai ; il ne renfermait guère que des vésicules, à peine un peu de liquide. Puis je grattai sa face interne, je touchai cette face interne avec une solution de formol et je capitonnai la paroi kystique.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; les urines ne tardèrent pas à devenir claires, l'ictère disparut rapidement et le malade put retourner chez lui quinze jours après l'opération.

Cette observation est intéressante : 1° au point de vue clinique : kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires et s'accompagnant d'ictère par obstruction de ces voies, obstruction due sans aucun doute au pas-

sage des hydatides. Diagnostic de kyste hydatique confirmé par l'examen du sang; 2° au point de vue opératoire: formolage et capitonnage de la poche; c'était, du reste, le seul procédé opératoire à mettre en pratique dans ce cas particulier.

OBSERVATION XXII

(SYERS, *The Lancet*, 1903, t. I, p. 1166)

Malade de trente-sept ans, entrée le 20 août 1903, à l'hôpital. Elle jouissait d'une bonne santé quand elle commença à se plaindre de douleurs épigastriques après le repas; pas de jaunisse; on fit le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Il y a un mois, les crises douloureuses devinrent plus intenses et s'accompagnèrent de vomissements et de jaunisse. L'hypocondre droit présentait une tuméfaction douloureuse.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, on observe une malade amaigrie, chétive, à respiration rapide; coloration ictérique des téguments; au-dessous du rebord costal on sent une masse qui semble être la vésicule biliaire distendue, mais la face ne paraît pas augmentée de volume. Il survient des poussées de fièvre; la tuméfaction de la région vésiculaire s'accroît et devient plus douloureuse; après quelques jours d'amélioration les accidents reparaissent; on se décide à opérer le 4^{er} septembre: incision verticale sous la 9^e côte, sur la ligne semi-lunaire. La vésicule biliaire, d'un volume normal, renferme des calculs; l'exploration ne fait découvrir nulle part ailleurs la cause de l'oblitération des voies biliaires.

La vésicule est incisée et débarrassée de ses trois calculs et la paroi abdominale refermée.

Les suites furent d'abord favorables; mais le 8, le thermomètre remonte, les vomissements reparaissent, l'ictère s'accroît et la malade succombe le 18, avec les signes d'une péritonite aiguë.

A l'autopsie, on trouva les altérations d'une péritonite purulente avec prédominance des lésions dans l'hypocondre droit. Un abcès, situé dans le voisinage du sillon transverse, s'est ouvert dans le péritoine. Après enlèvement du foie, on découvre que la portion cen-

trale de l'organe est le siège d'un énorme kyste hydatique suppuré, ouvert dans le cholédoque.

OBSERVATION XXIII

Kyste hydatique de la vésicule biliaire. Cholécystotomie, Mort. — CAVAZZANI, *Rivista Veneta*, 1896, p. 372

Marie B..., de Venise, quarante-six ans. Vers la fin de sa seizième année, on avait remarqué au-dessous des fausses côtes, à droite, une petite tuméfaction indolente. Depuis, cette tuméfaction s'accrut et donna lieu à de très fortes douleurs avec fièvre et inappétence vers le mois de décembre 1895 ; puis les douleurs cessèrent et firent place à de l'ictère ; celui-ci disparut ; quinze jours après, nouvelle crise de douleurs et d'ictère.

La tumeur avait encore grossi, la face ne paraissant pas augmentée de volume. On pensa à un abcès du foie, sans exclure la possibilité d'un kyste hydatique suppuré comprimant les voies biliaires. La fièvre avait progressé, variant entre 39 et 40°. Anorexie complète, vomissements ; ictère intense, amaigrissement.

On pratiqua une laparotomie exploratrice, avec l'intention de modifier le plan opératoire suivant les circonstances. Incision sur le bord externe du droit, étendue du rebord costal à un point correspondant au niveau de l'ombilic. On découvrit sous la face inférieure du foie une tumeur énorme limitée par une pellicule qui laissait apparaître un liquide gélatineux ; l'exploration ne permit pas de découvrir la vésicule. A la partie supérieure de l'incision, la tumeur adhérait à la paroi abdominale. Après avoir suturé le péritoine avec l'enveloppe de la tumeur, le chirurgien l'incisa : il en sortit une très grande quantité d'hydátides de volumes variables. Le contenu pouvait être évalué à deux litres. Lavage avec une solution de proctanine ; drainage.

Après l'opération, la malade éprouva du soulagement, mais l'ictère ne se modifia pas : quatre jours après, il se déclara une broncho-pneumonie droite diffuse avec fièvre et anémie cardiaque qui amenèrent la mort dix jours après l'opération. Le deuxième jour après l'opération, l'incision donna de la bile.

A l'autopsie, on vérifia l'existence de la pneumonie. Le sac drainé qui occupait le siège de la vésicule biliaire montrait les restes de la muqueuse ; le foie présentait des lésions de la cirrhose hypertrophique ; il ne renfermait pas de kyste. Le cholédoque, l'hépatique et le cystique étaient remplis de bile.

OBSERVATION XXIV

Diagnostic lithias biliaire, calcul du cholédoque, gros foie. Cholécotomie puis cholécystentérostomie au bouton. Débris d'hydatide dans la vésicule. Mort. — C. BEYER, *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, t. LXXII, p. 71, 1904.

Homme, quarante-huit ans. En 1900-1901, première crise douloureuse dans le flanc droit, puis trois crises dans l'année. En novembre 1902, nouvelle crise, suivie d'ictère et de décoloration des fèces pendant trois jours. En mars, avril, mai, juin 1903, crises. Dans leur intervalle, santé parfaite. Depuis la dernière crise, douleurs persistantes dans la région stomacale, appétit disparu. Entre l'avant-dernière et la dernière crise apparaît une tuméfaction douloureuse dans la partie gauche du ventre ; cette tuméfaction serait apparue lors de la dernière crise qui eut lieu le 19 juillet 1903 : cette crise a été accompagnée d'ictère.

Le 21 juillet, entrée à la Clinique. Ictérique ; 37°5 ; pouls, 80.

Tuméfaction légère à l'hypogastre et douloureuse ; foie plus gros que normalement, sensibilité maxima dans la région vésiculaire. La palpation ne permet pas de sentir quoi que ce soit à cause de la contracture pariétale.

Diagnostic : lithias biliaire, calcul du cholédoque, gros foie.

Le 22 juillet, aggravation des douleurs.

Le 23, pouls 95 ; température, 38°5 ; réaction péritonéale sous-hépatique.

Opération : Ascite ; adhérence péri-vésiculaire. Cholédoque dilaté. Cholécotomie. La sonde pénètre librement dans le bout supérieur, mais ne peut pénétrer dans le duodénum ; on sent une résistance molle ; pas de calculs. Cholécystentérostomie au bouton. La vésicule contient un débris de vésicule hydatique.

Mort le 24 au matin, en pleine péritonite.

Nécropsie. — Kyste du lobe gauche du foie rompu sur son dôme, du côté du diaphragme. Entre le diaphragme et le foie (lobe gauche) foyers purulents multiples et une mince couche de pus au-dessus du lobe droit.

Pas de vésicules dans la voie biliaire principale. Le cathétérisme ascendant du cholédoque est très facile. La dilatation du cholédoque est rapportée à la présence antérieure d'un calcul.

La vésicule contient des « fragments de concrétion » petits, allongés, noirs.

OBSERVATION XXV

Kyste hydatique du foie infecté par voie ascendante. Suppuration, puis ouverture du kyste dans les voies biliaires principales. Calculs secondaires. Cholécystectomie. Ouverture du cholédoque et de l'hépatique. Drainage. Évacuation de la cavité kystique. Mort à la fin de l'opération. — TERRIER, Soc. de chirurg., séance du 24 octobre 1906.

Femme de trente-neuf ans. Pas d'antécédents héréditaires. A neuf ans, accès fébriles, revenant tous les trois jours ; ces accès cessent au bout d'un mois.

L'année suivante, réapparition des accès pendant quinze jours. A quatorze ans, apparition des règles ; elles durent quinze jours avec perte de caillots. Depuis, elles sont régulières et durent huit jours, très douloureuses au début, si bien que la malade doit garder le lit les premiers jours de leur apparition.

Pertes blanches avant et après les règles.

Mariée à dix-sept ans, elle eut un enfant et s'engage comme nourrice. Les règles reparaissent et persistent malgré l'allaitement.

En 1887, c'est-à-dire un an après l'accouchement, douleurs abdominales très vives, siégeant au-dessus de l'ombilic ; pertes verdâtres fétides ; suppression des règles pendant quelques mois.

En 1888, la malade reste quatre mois à l'hôpital pour une métrosalpingite.

Vers 1892, à vingt-cinq ans, perte de l'appétit, amaigrissement, dou-

leurs abdominales plus fréquentes, siégeant surtout à l'épigastre et dans l'hypocondre droit où la malade a une sensation de pesanteur.

En 1896, phlébite double, durant quatre mois.

En 1898, la malade est opérée d'une salpingite double.

Pendant un repas, en 1902, vomissement de sang subit. Depuis, fréquents vomissements alimentaires contenant parfois un peu de sang.

Les douleurs abdominales persistent et prennent tous les caractères de coliques hépatiques. Elles reviennent par crises, se prolongeant quelquefois trois et quatre jours ; apparition d'ictère il y a huit mois. Cet ictère a eu des phases de diminution et d'aggravation, mais il n'a jamais complètement disparu.

La malade entre à l'hôpital de la Pitié (clinique chirurgicale) le 28 mai 1906.

Etat actuel. — Cette femme présente une teinte ictérique assez marquée. Les matières intestinales sont entièrement décolorées. Pendant les quelques jours qui ont précédé l'opération, nouvelle poussée d'ictère avec douleurs et accidents fébriles atteignant 39°.

Par la palpation : hyperesthésie cutanée dans la région de l'hypocondre droit ; plus profondément, la palpation éveille une douleur très vive dans toute la région comprise entre le rebord costal droit et le bord externe du muscle droit correspondant. On constate en ce point une défense musculaire très accusée dans toute la région sus-ombilicale droite, d'où difficulté de toute palpation profonde.

La percussion permet de constater une matité hépatique ne dépassant pas la hauteur normale de l'organe, le bord inférieur du foie dépasse d'un travers de doigt le rebord costal. Constatation, sous le rebord costal, d'une tumeur arrondie semblant être la vésicule distendue.

La rate est normale.

La température, à 38° lors de l'entrée de la malade, le 28 mai, tombe à 37° le 30, pour atteindre 39° le 31. Elle tombe de nouveau à 37° le 1^{er} juin, puis remonte les 3 et 4 juin à 39°, 39°5.

L'opération fut décidée pour le 3.

La quantité des urines était diminuée : 700 centimètres cubes par vingt-quatre heures, soit 25 gr. 60 d'urée par litre. Un peu d'albumine, pigments biliaires.

Opération : Incision en baïonnette de Kehr. La vésicule, très distendue, atteint le volume du poing ; on la ponctionne et on en retire environ 200 grammes de bile verte et fétide. Isolement de la vésicule, adhérente à sa surface inférieure avec l'épiploon et le duodénum. La face supérieure est séparée du foie.

Arrivé au niveau du sommet de la vésicule, la paroi se déchire et donne issue à un pus fétide qui semble venir de l'intérieur du foie. La vésicule est sectionnée entre deux pinces de Kocher, au niveau de son col, après avoir protégé avec soin la cavité péritonéale. On aspire le pus qui semble sortir du foie, et, avec le doigt, on constate l'existence d'une cavité d'abcès qui pénètre vers la partie centrale du foie et dont le doigt ne peut déterminer la limite supérieure. Le moignon du canal cystique est repéré et on le fend du côté du cholédoque. Avec l'explorateur métallique à bout olivaire, on pénètre dans le cholédoque jusqu'au duodénum. Puis, avec une curette, on retire une membrane hydatique, un magma de boue biliaire, du pus, des calculs et des hydatides. Le cholédoque nettoyé, on remonte également vers l'hépatique qui est également obstrué. D'ailleurs, cet hépatique communique largement avec la poche de l'abcès intra-hépatique. On met un drain non perforé dans l'hépatique, et, à l'aide de quatre points de catgut, on rétrécit l'orifice où s'engage le drain.

La malade, qui s'affaiblissait depuis quelques minutes, a cessé de respirer, malgré les injections d'éther et la respiration artificielle prolongée.

La durée de l'opération avait été de cinquante-cinq minutes.

Autopsie. — Le foie, peu volumineux, pèse 1.750 grammes; il est verdâtre extérieurement et rouge brun à la coupe. L'estomac est normal : incision du pylore et du duodénum, et, de bas en haut, un cathéter du volume d'un crayon pénètre dans le cholédoque sans rencontrer d'obstacle. Ce canal se dilate à mesure que l'on remonte vers le foie. Incisant le canal hépatique on y introduit une sonde cannelée dont l'extrémité aboutit à une cavité des dimensions d'un œuf, irrégulière et présentant plusieurs prolongements. L'orifice qui fait communiquer cette cavité avec le canal hépatique est arrondi, régulier, de 8 à 10 millimètres de diamètre.

En fait, la cavité kystique communiquait en son point déclive avec le

canal hépatique. Ce point se trouvait au niveau du bord antérieur du foie, et d'autre part, la cavité kystique remontait jusqu'au hile hépatique. La bile retirée lors de l'intervention sur les voies biliaires contenait du bactérium coli presque pur.

En résumé, nous avons eu affaire à un kyste hydatique infecté ouvert dans les voies biliaires au niveau du canal hépatique. De là, une angiocholite septique et une oblitération des conduits principaux (cholédoque et hépatique) par des débris d'hydatides, des calculs biliaires secondaires et du pus.

L'opération de Kehr, qui me parut indiquée, fut faite trop tardivement et l'épuisement de la malade ne permit pas d'achever l'opération.

CONCLUSIONS

1° Les kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires et s'évacuant par ces canaux présentent très souvent une symptomatologie calquée sur celle de la migration des calculs biliaires. La brusquerie des accidents, leur intensité précoce et la rapidité de leur évolution sont des signes en faveur de l'élimination hydatique.

2° Il n'y a pas de signe pathognomonique de kyste du foie communiquant avec les voies biliaires; mais le diagnostic est certain si l'on a trouvé les symptômes suivants: Existence antérieure d'une tumeur hydatique. Affaissement brusque de cette tumeur au cours d'une crise de colique hépatique, ictère, présence d'hydatide dans les selles.

3° Pas de ponction exploratrice, vérifier plutôt le diagnostic par une laparotomie exploratrice.

4° L'ouverture des kystes, communiquant déjà avec les voies biliaires, dans les organes thoraciques ou abdominaux ou bien dans les veines porte et cave, aggrave encore le pronostic; sauf dans les cas où l'ouverture s'est faite dans l'intestin ou les bronches.

5° La présence de calculs biliaires facilite l'élimination des hydatides.

6° L'angiocholite aiguë est une terminaison fréquente; la maladie évolue plus ou moins rapidement, suivant que l'obstacle siège dans le canal hépatico-cholédoque ou dans le canal cystique; les kystes ouverts dans la vésicule biliaire déterminent des symptômes graves à échéance plus éloignée.

7° Tout malade présentant les signes d'oblitération des voies

d'excrétion de la bile doit être opéré dans un temps plus ou moins court. L'intervention doit être bien plus hâtive dans les cas d'obstruction par les débris hydatiques que dans les cas de calculs.

8° La méthode de choix est la marsupialisation. Quand il sera impossible de marsupialiser le kyste, on emploiera la réduction avec suture sans drainage. Le capitonnage de la poche a donné un beau succès au professeur Villar. Il sera plus prudent de faire le formolage de la poche avant de procéder au capitonnage.

9° Il faut en même temps agir sur le kyste et sur les voies biliaires. Lorsque celles-ci sont obstruées, on ne doit pas hésiter à les ouvrir pour enlever l'obstacle qui gêne le cours de la bile. On n'a pas besoin de procéder à leur suture, un drainage suffit, la cicatrisation est rapide.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
F. VILLAR.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 22 janvier 1908.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Archives générales de médecine, p. 486, t. II, 1900; p. 91-101, 1901; p. 211-224, t. II, 1902; p. 99, t. II, 1902; p. 471, t. II, 1902.

BERTHAUT. — Thèse de Paris 1883.

CADET DE GASSICOURT. — Thèse de Paris 1836.

CHAUFFARD. — *In* Traité de médecine BOUCHARD-BRISSAUD, t. V.

DAVAINE. — Traité des entozoaires, 1863.

DÉVÉ. — Thèse de Paris 1901.

DÉVÉ. — Kystes hydatiques du foie, 1905.

DUPRÉ. — Thèse de Paris 1891.

Echo médical du Nord, p. 235, 1905.

El Siglo medico, p. 815-821, 1905.

FAURE. — *In* Traité de chirurgie LE DENTU-DELBET, t. VIII, 1899.

FRERICHS. — Traité des maladies du foie.

Gazette des Hôpitaux, p. 1361, 1892; p. 1391, 1892; p. 1142, 1894; p. 1226, 1894; p. 634, 1902.

Gaz. degli Ospedali, 19 août 1900.

Gazette médicale de Paris, p. 43-56-58, 1874.

Journal de médecine de Bordeaux, 341-343, 1902.

The Lancet, p. 993, t. I, 1898; p. 1166, t. I, 1903; p. 517, 1906.

Lyon médical, p. 211, t. I, 1904.

MURCHISON. — Leçons cliniques sur les maladies du foie.

MONGOUR. — Précis des maladies du foie. 1905.

OPPENHEIM (S.). — Thèse de Paris 1905.

Paris médical, p. 4-4, 1883.

Revue des Sciences médicales en France et à l'Etranger, de HAYEM, p. 456, t. XVII, 1880.

REYMONDON. — Elimination simultanée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires et la cavité thoracique.

Revue générale de clinique et de thérapeutique, p. 15-63-126, 1906.

Revue de chirurgie, p. 26-53, 1906.

Semaine médicale, p. 50, 1895; p. 210, 1896; p. 47, 1897; p. 431, 1898; p. 44-91-121, 1906.

Société anatomique, p. 317, 1836; p. 485-646, 1865; p. 142, 1871; p. 432, 1872; p. 416, 1873; p. 443-482, 1874; p. 470, 1876; p. 396-520, 1880; p. 250, 1882; p. 428, 1884; p. 55, 1893; p. 264, 1899; p. 307, 1901; p. 194, 1903.

Société de biologie, p. 99, II^e série, t. I, 1854; 17 août, 1903; 6 juillet 1904; p. 49, t. II, 1903; p. 246, t. I, 1906; p. 571, t. I, 1903.

Société de chirurgie (1906) : p. 42-50, 170-183, 348, 641, 848, 965, 1005-1029, 1049, 1108.

Société médicale des Hôpitaux de Paris, p. 187, 1892; p. 788, 1894; p. 168-176, 1891; p. 260-263, 1861.

St Bartholomew's Reports, p. 207, 1903.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, p. 207, 1903.

SCHWARTZ. — Chirurgie du foie, 1901.

TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. III, p. 282.

VILLAR. — Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, février 1907.

